

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

10

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Fakhri E. BICHARA

Né le 11 Décembre 1902. à Kouss (Égypte)

Les Myosites Streptococciques

Président: M. le Professeur C. LEMIERRE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince. 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1930

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N^o

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Fakhri E. BICHARA

Né le 11 Décembre 1902. à Kouss (Égypte)

Les Myosites Streptococciques

Président: M. le Professeur C. LEMIERRE

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1930



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....

I. — Professeurs.....

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie médicale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et Thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène et médecine préventive.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique urologique.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Chimie biologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....
 Clinique de la Tuberculose.....
 Professeur sans chaire.....

M. BALTHAZARD.

MM.
 ROUVIERE
 CUNEO
 ROGER
 STROHL
 DESGREZ
 LEMIERRE
 BRUMPT
 BAUDOUIN
 CLERC
 LENORMANT
 ROUSSY
 CHAMPY
 TIFFENEAU
 LOEPER
 TANON
 BALTHAZARD
 MENÉTRIÉR
 RATHERY
 M. VILLARET

CARNOT
 BEZANÇON
 ACHARD
 MARCEL LABBÉ
 LEREBoullet
 NOBECOURT
 H. CLAUDE
 GOUGEROT
 GUILLAIN
 TEISSIER
 DELBET
 HARTMANN
 LEJARS
 GOSSET
 TERRIEN
 LEGUEU
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 OMBREDANNE
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 Pierre DUVAL
 SERGENT
 Léon BERNARD
 MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 BINET..... Physiologie.
 AUBERTIN... Pathologie médicale.
 BENARD..... Pathologie chirurgicale.
 BLANCHETIERE... Chimie biologique.
 BROCO..... Pathologie chirurgicale.
 BRULE..... Pathologie médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA..... Pathologie médicale.

MM.

CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER..... Pathologie médicale.
 de GAUDARD d'ALLAINES Pathologie chirurgicale
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT..... Pathologie médicale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FEY..... Urologie.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale

MM.

GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI.....	Chimie biologique.
LAROCHE.....	Pathologie médicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX.....	Anatomie pathologique
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.....	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).....	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.

MM.

MOULONGUET.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.....	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT.....	(Pasteur)..... Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	— —
DEBRE.....	— —
DUVOIR.....	— —
FIESSINGER.....	— —
LAIGNEL-LAVASTINE.....	— —
LERI.....	— —
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	— —

MM.

CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.....	— —
MATHIEU.....	— —
MOCQUOT.....	— —
PROUST.....	— —
SCHWARTZ.....	— —
LE LORIER.....	— —
LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale.
METZGER.....	— —

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Education physique.
WEILL-HALLE.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE SIDHOM

Qu'une mort prématurée enleva trop
tôt à notre affection.

A MON PERE

A qui il m'est impossible d'exprimer
tous les sentiments d'amour filial et de
reconnaissance que j'éprouve pour lui.
Tous mes remerciements pour tant de
bontés à mon égard, tant de sacrifices
consentis pour moi.

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MES SOEURS

A MON BEAU-FRÈRE HABIB

En gage de ma tendresse et de mon
affection pour eux.

A MON FRÈRE NOEL

Toujours affectueux et dévoué, qu'il
reçoive ici l'expression de mon amour
fraternel.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

*Professeur de bactériologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur*

En remerciement de son accueil affa-
ble et de l'honneur qu'il me fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ABRAMI

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Il est le maître dont je recueille chaque jour le fruit de son enseignement, si vivant, si animé et si clair. Son aide et ses conseils ont été pour moi d'un précieux concours pour l'élaboration de ce travail. Je l'en remercie vivement ainsi que pour l'accueil cordial, chaleureux et paternel qu'il m'a toujours réservé. Qu'il me soit permis de lui exprimer ici, avec mon admiration, ma plus profonde et respectueuse gratitude.

A SON EXCELLENCE

MAHMOUD FAKHRI PACHA

*Ministre plénipotentiaire et Envoyé extraordinaire
de sa Majesté le Roi d'Egypte à Paris*

Avec l'expression de mes hommages
respectueux.

A SON EXCELLENCE

MOHAMMED CHAHINE PACHA

*Sous-Secrétaire d'Etat au Ministère de l'Hygiène Publique
en Egypte*

Avec mon plus profond respect.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE L'INSTITUT
DE MEDECINE COLONIALE DE PARIS

A MES MAITRES DE L'INSTITUT
SUPERIEUR D'HYGIENE DE PARIS

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, Monsieur le Docteur ABRAMI, un cas de myosite suraiguë streptococcique terminé par la mort. Les particularités très spéciales de ce cas, son évolution, suraiguë, sa terminaison fatale nous ont vivement frappé et nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher s'il s'agissait là d'un cas isolé, ou si au contraire nous ne nous trouvions pas en présence d'un exemple d'une véritable forme clinique de myosite toujours identique à elle-même. C'est en effet ce qui s'est vérifié et nous avons été ainsi amené à grouper sous la même dénomination de « forme suraiguë streptococcique » proposé par Monsieur ABRAMI, tous les cas jusqu'ici publiés sur cette affection.

Nous avons alors, à ce propos, repris l'étude générale des myosites streptococciques, étude jusqu'ici inédite à notre connaissance et nous avons recherché quels étaient les caractères cliniques, évolutifs, étiologiques qui différencient ces formes des autres myosites infectieuses connues.

Ce sont là les recherches qui font l'objet de cette thèse.

Nous espérons pouvoir montrer, que les myosites streptococciques bien que peu fréquentes, méritent d'être individualisées et que parmi elles, la forme suraiguë présente des caractères si particuliers qu'on peut presque à coup sûr en affirmer le diagnostic avant même que le laboratoire en ait certifié l'origine bactériologique.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

FORME SURAIGUË

C'est cette forme de myosite streptococcique, que nous avons observé, chez un malade, dans le service de notre maître, M. ABRAMI (1) et dont nous rapportons tout d'abord l'observation :

Il s'agit d'un homme de trente ans, maçon italien, qui entre à l'hôpital Ambroise Paré, dans le service de M. ABRAMI, dans la soirée du dimanche 22 décembre 1929.

Cet homme est tombé malade brusquement, trois jours auparavant ; le jeudi à midi, en rentrant de son travail, il a éprouvé une douleur dans l'épaule, un malaise intense et s'est mis au lit. Un médecin consulté porte le diagnostic de bronchite grippale et lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'examen, on est en présence d'un sujet vigoureux, mais dont l'état d'emblée apparaît fort grave ; la température est à 40°5, une trémulation légère anime les membres supérieurs, le visage est vultueux, la langue très sèche, la respiration accélérée. C'est, au premier abord, l'apparence d'une pneumonie chez un éthylique. Mais l'auscultation ne décèle que quelques râles de bronchite disséminés.

(1) Communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux le 14 mars.

Par contre, on découvre, dans la région de l'épaule gauche, des modifications importantes. Il existe au-dessus de la moitié externe de la clavicule une tuméfaction qui comble entièrement la dépression delto-pectorale et se prolonge sur la racine du bras. Les téguments, de coloration normale, sont le siège d'un œdème discret, le réseau veineux apparaît plus dilaté que du côté opposé. Au palper, infiltration diffuse, molle, presque fluctuante, très douloureuse, avec un point particulièrement sensible sur l'apophyse coracoïde. Les mouvements de l'épaule réveillent une certaine douleur, mais seule, l'élévation du bras est limitée. La palpation du pourtour de l'articulation est indolente. Plus en dedans, sous la moitié interne de la clavicule, on perçoit un ganglion gros et douloureux; la chaîne sous-claviculaire et carotidienne est augmentée de volume, sans périadénite. Pas de ganglions axillaires.

Le reste de l'examen est négatif.

Retenons toutefois, sur les mains, la présence des lésions d'eczéma infecté assez particulières; quelques-uns parmi les puits eczématisés sont entourés d'un halo inflammatoire et d'une collerette épidermique soulevée, comme résultant de la rupture d'une bulle récente.

Une hémoculture est pratiquée.

Le malade passe une nuit agitée; sous l'effet du délire, il se lève à plusieurs reprises. Le matin qui suit, la température est à 40°, le pouls bat à 130. Respiration: 40 à la minute. L'agitation, le tremblement augmentent, la langue est rôtie, et le malade n'émet que 250 c. c. d'urines chargées, albumineuses. Les bruits du cœur sont très assourdis sans qu'on décèle des lésions orificielles.

La rate est percutable sur deux travers de doigt; le foie, gros, déborde largement les fausses côtes. Aucun signe pulmonaire.

A l'épaule, l'aspect demeure le même, les ganglions ont augmenté de volume. Toutes les articulations des membres sont libres, mais la palpation du muscle crural, à droite,

réveille une vive douleur. On pratique une injection intra-veineuse de trypaflavine (40 c. c.).

Le lendemain, 24 décembre, les signes de gravité se sont accentués. La température est à 40°, le pouls incomptable, le cœur très sourd. Le malade est dans un état d'agitation extrême; il crie, se débat et doit, en permanence, être maintenu au lit. Il n'existe aucun signe méningé. A l'examen local, l'empâtement sous-claviculaire a manifestement diminué et paraît moins sensible au palper, de même la douleur de la cuisse a disparu. Dans la matinée apparaît — brusquement, semble-t-il, — un placard inflammatoire, rouge, chaud, très douloureux, à limites indécises et sans bourrelet, qui siège à la face interne du bras droit, un peu au-dessus de la région épitrochléenne; l'articulation du coude n'est pas atteinte.

Entre temps, l'hémoculture a poussé, elle montre la présence de chaînettes de streptocoques.

A 3 heures, la température atteint 41°5, une prise de sang pratiquée à ce moment permettra de doser l'urée. L'azotémie est à 3 gr. 90.

Dans l'après-midi, le malade succombe.

Une seconde hémoculture (miro-leucocyto-culture, suivant la technique de FIESSINGER et CATTAN) faite peu avant la mort, en milieux aérobies et anaérobies, confirmera les résultats de la première : streptocoques, en culture aérobie seulement.

Autopsie. — A l'ouverture de la loge du grand pectoral, à gauche, s'écoule un pus de sérosité louche, le muscle lui-même est couleur feuille morte, sa consistance est diminuée. De la tranche de section s'écoule, par expression, un liquide séro-purulent.

L'articulation de l'épaule est intacte, pas d'altération des bourses séreuses contiguës. A la face interne du bras droit un œdème roussâtre infiltre le tissu sous-cutané; mais les muscles des loges antérieures et postérieures sont respectés.

Le cœur est normal. Poumons : congestion œdémateuse

des bases, le *foie* est gros (1900 grammes), résistant à la coupe, à la fois gras et congestif.

Rate : 220 grammes. *Reins* normaux.

L'examen bactériologique (examen direct et cultures) de la sérosité du grand pectoral gauche, d'un frottis de ganglion carotidien du même côté, du liquide d'œdème du bras, d'un frottis de rate, montre en plus ou moins grande quantité des chaînettes de streptocoques, à l'exclusion d'autres germes, mis à part quelques bâtonnets GRAM négatif.

Histologie. — Sur les préparations de muscle, on constate que les lésions ne frappent que quelques fibres et non la totalité de celles-ci. Les fibres atteintes présentent une coloration un peu particulière, plus orangée que celles des fibres saines. Toute trace de striation, transversale et longitudinale, a disparu. Cette dégénérescence intéresse la fibre, en certains points, dans toute sa longueur ; par place, le tissu conjonctivo-gras interfasciculaire est le siège d'une réaction inflammatoire.

Pas de microbes visibles sur les coupes examinées.

A cette observation, nous joindrons l'histoire succincte d'un malade, observé dans le service du D^r HARVIER.

M. N..., âgé de 38 ans, entre le 23 mai 1929 à l'hôpital Beaujon. Il a subi, trois semaines auparavant, pour une mastoïdite aiguë, un évidement de la mastoïde. Les suites opératoires ont été normales quand, aux environs du 20 mai, cet homme est pris de malaise, de fièvre, d'une céphalée intense qui le font hospitaliser.

A l'examen, le 24, la température est à 40°, langue sèche, diurèse réduite. Aucun signe de localisation, aucun indice, en particulier, de réaction méningée ; ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien normal.

Le 25 mai, il est procédé à une réintervention qui met à nu

le sinus, d'aspect sain, la dure-mère non modifiée. Le soir, la température dépasse 40°, l'état général s'aggrave.

Hémoculture.

Le 26 au matin, on constate l'apparition d'une arthrite du genou gauche, d'où la ponction ramène un liquide louche, séro-sanglant, contenant des polynucléaires et des chaînettes de streptocoques. La cuisse est un peu augmentée de volume, douleur à la pression des masses musculaires. Nous pratiquons une immuno-transfusion sanguine.

Dans l'après-midi, le gonflement du segment s'est considérablement accru. Sous les téguments marbrés, des taches livides, et non œdématisées, on perçoit, par la palpation, une tuméfaction diffuse, très résistante, douloureuse ; c'est le muscle crural qui paraît infiltré en totalité. Le malade, est anhélant, prostré, est dans l'état le plus grave.

Le docteur SOUPAULT, chirurgien de garde, que nous appelons dans la soirée, voit le malade. Il évoque, à l'examen de la cuisse, l'aspect des gangrènes gazeuses, dont le tableau d'intoxication se trouve aussi réalisé ; et il conseille, sans guère d'espoir, de tenter une intervention. Celle-ci est pratiquée par notre collègue CORDIER. Longues incisions à la face antérieure du membre, rien dans le tissu cellulaire ; du crural qui est pâle, comme gonflé, s'écoule une sérosité roussâtre. Drainage.

Le malade meurt dans la nuit.

En vingt-quatre heures, l'hémoculture d'une part, et les cultures en aérobie et anaérobie d'autre part, de la sérosité musculaire ont poussé ; le germe est un streptocoque analogue à celui qu'on avait décelé dans le liquide retiré antérieurement par la ponction de l'articulation.

Devant ces deux observations cliniques, dont les caractères graves d'emblée, nous avait frappé, nous avons cherché si d'autres auteurs, n'avaient pas rencontré, avant nous des cas pareils. Nous en avons trouvé quelques-uns. Ce sont ceux d'ABRAM, de KORMOCZI et de

HOLM (1), la seconde avec mention de l'hémoculture positive et que nous rapportons ici. Or, peu nombreuses qu'elles soient, ces observations ont ceci de remarquable et que nous soulignons déjà : *l'allure clinique de l'affection, d'un cas à l'autre, se montre de tous points semblable.*

Cette forme est si spéciale, qu'il était à peu près certain, que d'anciennes observations antérieures à l'ère bactériologique, ont eu également trait à cette variété suraiguë et que la bactériologie n'a fait, en réalité, que sanctionner la description d'une affection parfaitement individualisée par les anciens cliniciens. Nous avons donc consulté la littérature médicale à cet effet, et nous avons trouvé plusieurs observations de myosites suraiguës ou infectieuses, que M. HAYEM dans son article de Pathologie musculaire « considérait moins comme une phlegmasie locale proprement dite, que comme une maladie générale grave. Les cas rapportés par BRUNON, FOUCAULT, NICAISE, GUYOT, RAUZIER (2) et DALCHÉ, et que nous reproduisons à la fin de ce travail dépendaient sûrement de cette variété suraiguë : l'identité des tableaux cliniques est à peu de chose près absolue. D'ailleurs voici le schéma que donne BRUNON de la forme maligne de la myosite infectieuse : « Un homme a un frisson subit, immédiatement s'allume une fièvre intense, il accuse quelques douleurs rhumatoïdes mal définies, les phénomènes généraux restent graves pendant quelques jours

(1) Voir bibliographie.

(2) *Id.*

et tout à fait hors de proportion avec les symptômes locaux. Il meurt et l'on découvre, à l'autopsie des abcès musculaires »).

La forme suraiguë est donc toujours identique à elle-même. Nous allons en étudier maintenant le début, la symptomatologie, l'évolution et la terminaison. Ensuite suivront son anatomie pathologique et sa bactériologie.

En résumé, la forme suraiguë est toute différente des autres variétés : métastatique et subaiguë, de myosites streptococcémiques que nous décrirons plus loin. Son allure clinique et son évolution sont si typiques, que lorsqu'au cours d'un état septicémique grave, qui n'a pas encore fait sa preuve, on constate l'existence d'une localisation musculaire, il faut penser avant tout à la streptococcémie.

SYMPTOMES

Début. — Ce qui prédomine dans le tableau clinique de la forme suraiguë, et sur lequel nous attirons fortement l'attention, « *c'est la gravité d'emblée des phénomènes généraux, l'altération rapide et profonde de l'état général* ». Le début est brusque, sans prodromes. Le malade, sans cause apparente, après avoir ressenti quelques douleurs rhumatoïdes dans un ou plusieurs muscles, se voit subitement pris d'un malaise général, de fièvre et quelquefois de frissons. Il se met au lit et en peu de jours le mal s'aggrave si bien que quand le patient est transporté à l'hôpital il est déjà dans un état de délire ou de prostration qui frappent et les auteurs insistent sur l'aspect d'intoxication, la dyspnée sine materia et la cyanose ou la pâleur que présentent le malade et qui sont la signature d'une grave septicémie.

Symptômes généraux. — A l'examen, on est en présence d'un malade amaigri, pâle, figé et inconscient. L'abattement est extrême et le patient présente une prostration, un typhos avec ataxo-adynergie simulant la fièvre typhoïde. On ne peut attirer que difficilement son

attention et quand on l'interroge il répond par des phrases vagues ou incohérentes. Souvent son visage est vultueux ; le malade est agité, délirant et on est obligé de le maintenir de force dans son lit.

Signes nerveux. — Il n'y a pas de réaction méningée. Les réflexes sont en général normaux et on ne remarque pas de troubles de la sensibilité. On peut voir quelquefois, des trémulations légères animer les muscles des membres où s'est localisée l'infection. On peut aussi observer des secousses myocloniques ou un tremblement généralisé.

Le pouls est rapide mais bien frappé.

A l'*auscultation du cœur*, les bruits sont assourdis, mais on ne constate pas de lésions orificielles. Les poumons ne présentent aucun signe stéthoscopique, rarement quelques râles de congestion hypostatique.

La rate est hypertrophiée et est percutable sur plusieurs travers de doigts.

Le foie est augmenté de volume et déborde largement les fausses côtes.

Les urines sont peu abondantes, épaisses, assez foncées, concentrées, albumineuses. Elles présentent la diazoreaction d'ERLICH et tous les caractères d'une urine fébrile.

A ce tableau clinique si spécial à la forme suraiguë, se superposent d'autres phénomènes accessoires qui s'entrelaçant avec les symptômes généraux graves révèlent la profonde intoxication de l'organisme.

Les troubles digestifs sont variables et l'inappétence est

à peu près absolue. La langue est sèche et rôtie. La constipation est fréquente et s'accompagne de météorisme abdominal.

Symptômes locaux. — Ils sont caractérisés par la douleur et la tuméfaction.

Aux tiraillements douloureux du début, succèdent des douleurs paroxystiques, lancinantes, dilacérantes. Leur acuité peut être telle qu'elles déterminent de l'agitation et arrachent au malade des cris déchirants. Elles sont exagérées par le moindre mouvement et le patient s'immobilise dans son lit, comme soudé, craignant le moindre mouvement, la moindre pression.

A la palpation, qui est très ardue et doit être faite avec beaucoup de douceur à cause de la douleur qu'elle réveille on sent le muscle dur. La tuméfaction est de grosseur variable et au toucher on a réellement la sensation nette de fluctuation. On peut très bien la limiter et ordinairement, elle est allongée dans le sens du muscle.

Il n'y a pas d'abcès formé et quand le chirurgien intervient, il trouve entre les faisceaux musculaires une sérosité trouble ou purulente. La peau, à la surface, n'est pas modifiée. Elle est de coloration normale et est quelquefois le siège d'un œdème discret. Pas de phénomènes articulaires.

Mais ce qui nous a frappé dans les signes locaux « c'est leur *variabilité* ». En effet, dans le cas que nous avons observé, nous avons été surpris de voir le volume du muscle atteint, qui paraissait très augmenté les deux pre-

miers jours, diminuer considérablement pendant la dernière journée. Il faut donc l'attribuer non seulement à la présence d'un exsudat, mais surtout à la contracture dont on conçoit les variations.

EVOLUTION

De la plupart des cas observés on voit que la durée de la maladie est de 4 à 8 jours et dépasse rarement ce laps de temps. La forme suraiguë évolue fatalement vers la mort. En peu de jours les signes de gravité s'accroissent. L'hyperthermie atteint 41° et plus. Le pouls devient insensible et les bruits du cœur s'assourdissent peu à peu. La respiration s'accélère et la dyspnée devient intense. Ensuite le cœur fléchit et le patient succombe soit dans le délire, soit dans le coma.

De cette évolution malheureuse il est aisé de conclure que le pronostic de cette forme est toujours sombre en sorte que, quand le médecin aura diagnostiqué une myosite suraiguë streptococcémique il doit présumer presque à coup sûr une issue fatale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LESIONS MUSCULAIRES

La myosite ayant été pendant longtemps une affection méconnue, il n'est pas étonnant que dans les autopsies on n'ait pas pensé à rechercher les altérations musculaires au point de vue macroscopique et microscopique. Cependant quelques auteurs ont pu étudier de très près l'anatomie pathologique des myosites streptococciques et celle-ci est en ce moment définitivement établie.

A l'autopsie d'un malade mort d'une myosite, on remarque que le muscle est mat, de couleur jaune pâle ou rose, au point qu'on l'a comparé à un muscle de lapin ou à de la chair de poisson. Le tissu malade offre une surface chagrinée, peu granuleuse, rappelant le tissu hépathisé. Sa consistance est augmentée, mais en même temps il est devenu plus cassant, plus fragile. L'aspect fasciculé est moins marqué. Par la pression ou l'incision, on fait sourdre un liquide séreux en plus ou moins grande quantité.

L'examen microscopique du muscle atteint permet de constater deux ordres de lésions; d'une part l'inflamma-

tion du tissu cellulaire interfasciculaire, d'autre part des lésions dégénératives de la fibre musculaire. En effet, il y a tout d'abord infiltration cellulaire considérable ; le tissu cellulaire en question est distendu, élargi. Puis à ce stade, succède une phase de prolifération intense des éléments conjonctifs périfasciculaires et des cellules granuleuses. On peut même y trouver des leucocytes en grand nombre, entourant et comprimant la fibre musculaire. Ce fait est le propre des myosites suppurées suraiguës.

La fibre musculaire elle-même présente des altérations diverses et ce qui frappe tout d'abord, c'est l'effacement très net, souvent presque absolu de la striation transversale. Dans la majorité des cas, les fibres subissent la dégénérescence yaline, granuleuse ou grasseuse.

Cette fréquence de la dégénérescence des fibres a permis de soulever cette hypothèse que la dégénérescence n'était pas la lésion capitale de fait, mais qu'elle pourrait bien relever d'une lésion secondaire. A cette théorie, HEPP a opposé un démenti formel et a soutenu que la dégénérescence de la fibre musculaire est la lésion propre de la myosite primitive.

Parfois les fibres subissent l'atrophie simple ; dans d'autres cas, au contraire, à côté des fibres atrophiées on constate l'hypertrophie de certaines autres.

On voit donc combien sont profondes les lésions musculaires au cours des polymyosites dites primitives. Quelquefois on n'observe pas de dégénérescence des fibres musculaires mais on constate seulement une modification dans la forme des noyaux qui prolifèrent et devien-

nent ovales. Cette multiplication des noyaux musculaires apparaît, soit dans les fibres dont le contenu strié ne présente aucune modification, soit dans les fibres déjà altérées. Les nouveaux noyaux sont le plus ordinairement rangés en séries longitudinales ou obliques et forment de sortes de chapelets à la surface du faisceau primitif, et dans l'épaisseur même du contenu strié, de sorte que la même fibre contient souvent plusieurs chapelets superposés dans des plans différents. Autour d'eux il n'existe quelquefois, aucune trace apparente de protoplasma ; d'autre fois, au contraire, ils sont entourés par une zone claire, finement granuleuse, fusiforme, représentant une plaque protoplasmique commune.

Dans le tissu interstitiel, les éléments cellulaires gonflés sont devenus plus apparents, granuleux et constamment aussi, ils sont en voie de prolifération évidente. On trouve, particulièrement le long des vaisseaux, des cellules embryonnaires abondantes.

Les vaisseaux sont gorgés de sang, leur paroi rompue par place, en sorte que les interstices musculaires se trouvent remplis de globules rouges. Les fibres musculaires ne sont pas même altérées. Certaines d'entre elles sont rompues et présentent alors des dépôts de pigments sanguins. Sur les petites artères on trouve une véritable endartérite ; l'altération de la paroi artérielle va de dedans en dehors. Il en est de même pour les altérations de la peau, si bien qu'on a l'impression que le processus flegmonique va du muscle vers la peau.

A côté des lésions atrophiques, hypertrophiques ou dégénératives ci-dessus décrites on rencontre une lésion

assez spéciale que LOUNZ a mise en lumière ; certaines fibres apparaissent plus minces, plus pâles, qu'à l'état normal. Elles présentent soit de la dissociation fibrillaire, soit une striation plus apparente qu'à l'état normal ; entre les fibrilles on aperçoit des séries de gros noyaux. Mais comme on peut s'en rendre compte sur des coupes transversales, les noyaux au lieu d'être périphériques, occupent le centre de la fibre.

En résumé, quelle que soit la forme de la myosite à laquelle on ait à faire, la musculature dans son ensemble est atrophiée et flasque contrastant donc par son aspect avec la prolifération du tissu musculaire. Ce processus de réparation est variable, mais le plus souvent on voit des cellules embryonnaires s'organiser en bourgeons charnus, une membrane ganuleuse se forme et une cicatrice fibreuse vient combler la perte de substance. C'est la variété hyperplastique de HAYEM.

EXAMEN DES AUTRES ORGANES

Il est on le conçoit des plus variables.

COEUR. — Quelquefois, il est normal, dans d'autres cas, il est gros et contient du sang fluide, poisseux, mêlé à des gaz de décomposition. Mais on ne trouve presque jamais des lésions valvulaires.

ESTOMAC ET INTESTIN. — Normaux.

FOIE. — Il est ordinairement gros, congestionné, dur et résistant à la coupe.

REINS. — Les lésions de cet organe sont rares. A peine trouvera-t-on une légère congestion !

RATE. — Elle est grosse et diffluent ; mais ceci n'est nullement pathognomonique. On sait l'hypertrophie splénique dans toutes les infections aiguës.

ENCÉPHALE. — Légère congestion hypostatique avec suffusions sanguines.

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Par la culture de la sérosité ou du sang, sur des milieux appropriés, on obtient des colonies typiques de streptocoques. L'ensemencement sur du bouillon donne un trouble qui s'éclaircit ensuite ; les microbes se collectent au fond du tube en un dépôt tantôt pulvérulent, tantôt congloméré, tantôt filant et c'est dans ce dépôt qu'on puise pour l'examen microscopique. La gélatine n'est pas liquéfiée et la culture sur gélose donne des colonies petites, translucides et blanchâtres.

Par l'examen microscopique, on décèle des chaînettes de streptocoques en plus ou moins grand nombre.

KORMOCZI a trouvé dans l'hémoculture pratiquée de son malade des streptocoques pyogènes et la plupart des auteurs sont d'accord à ce sujet. En tout cas, on n'a jamais rencontré ou mentionné le streptocoque viridans. Quant au genre hémolytique nous tendons à croire que les investigations n'ont pas été poussées assez loin pour le rechercher.

Diagnostic différentiel

Le streptocoque n'est pas le seul microbe capable de provoquer les myosites ; d'autres bactéries peuvent les produire. Sans parler des déterminations musculaires observées au cours des septicémies à anaérobies, à celles que peuvent engendrer les bacilles typhiques et paratyphiques, la grande majorité relèvent du *staphylocoque*.

SCRIBA, sur 4 cas observés, relève 4 fois le staphylocoque, ITO et SINNOKA, sur 10 cas, ont trouvé 10 fois le staphylocoque, MYAKE, sur 33 cas, relève 29 fois le staphylocoque, 1 fois le streptocoque, 3 fois le germe n'a pas été décelé, HONSELL sur 7 cas relève 3 fois le staphylocoque, 2 fois le streptocoque, 2 fois un germe indéterminé.

Donc, sur un total de 63 cas, 51 concernent les myosites à staphylocoques ; or le tableau clinique observé en pareil cas est complètement différent de celui que nous venons de décrire précédemment.

La prédominance considérable des phénomènes d'infection générale, le début brusque et dramatique et la rapidité d'une évolution toujours fatale opposent les myosites streptococciques aux localisations musculaires

déterminées par le staphylocoque et les autres bactéries.

Tandis que dans la première forme, il fallait dépister les signes locaux par un examen minutieux et complet, ceux-ci passent au premier plan dans la variété à staphylocoques.

Un segment de membre est immobilisé du fait de la douleur ; sous les téguments chauds, mais habituellement de teinte normale, le muscle apparaît dur et contracturé, augmenté de volume, très sensible à la palpation.

Contrairement à ce que nous avons dans les myosites à streptocoques l'atteinte de l'état général reste très discrète : un peu de fatigue, état saburral ; fièvre, mais modérée ; dans aucun des 30 cas étudiés par MYAKE, elle ne dépassait 39° 3, comprise le plus souvent entre 38° et 39.

L'évolution habituelle se fait vers l'abcédation. En moins de huit jours, la fluctuation apparaît, et, le pus évacué, la guérison s'établit d'une façon rapide. Le pronostic est des plus favorables : sur les 51 cas en question, un seul se termina par la mort, du fait d'un abcès pulmonaire.

Pour bien mettre en relief l'allure clinique bénigne de cette dernière forme, nous rapportons quelque observations de MYAKE et SCRIBA.

OBSERVATIONS DE SCRIBA

(*Myosite staphylococcique*)

Takenaka, étudiant en médecine, âgé de 19 ans, eut, le 17 janvier 1884, un petit furoncle de la nuque. Le 28, ouver-

ture. Tout va bien. Dans la nuit du 31 janvier au 1^{er} février, vives douleurs dans le coude gauche et la cuisse droite et, deux à trois jours après, dans la cuisse gauche, avec une température à 38°5.

Extension du bras très douloureuse, induration au niveau du brachial antérieur. Le gonflement augmente dans les deux jours qui suivent, immobilisant le bras en demi-flexion; douleurs vives l'empêchant de dormir.

A l'examen, le brachial antérieur avait conservé sa forme, mais il est trois à quatre fois plus épais que normalement.

Tout attouchement était très douloureux. Dans le vaste externe gauche épaississement également très douloureux, ainsi que dans le vaste externe droit.

Les parties voisines avaient une consistance tout à fait normale et indolore.

Vers le 20 février, après application de pansements humides phéniqués, les douleurs ont disparu. La tuméfaction au niveau des muscles était encore considérable. L'absence de douleur permet de constater que le siège véritable de l'affection était au niveau du muscle.

Petit à petit, la tuméfaction et la contracture ont disparu et les fonctions des muscles atteints étaient entièrement rétablies.

FORME METASTATIQUE

Dans cette forme, nous aurons en vue les localisations musculaires simplement phlegmasiques ou suppurées qu'on rencontre au cours de septicémies streptococciques de types divers. Mais, bien que leur pathogénie soit évidemment la même que celle de la forme suraiguë que nous venons de décrire, le tableau clinique réalisé par la maladie est tout différent. Dans la première éventualité, il se résumait à un état septicémique dont le point de départ est souvent inconnu et masqué par son extrême gravité, une localisation unique : la myosite. Dans les autres cas que nous allons citer, la myosite n'est vraiment qu'un épiphénomène, accompagnant d'autres déterminations variables de la septicémie. Tels les cas de myosite post-érysipelateuse dont on a rapporté plusieurs observations et où le streptocoque semble avoir gagné le muscle par contiguïté avant de provoquer l'infection sanguine. C'est aussi le cas des abcès musculaires souvent multiples signalés au cours d'une pyohémie puerpérale, d'une pyohémie chronique ou d'une septico-pyohémie consécutive à une otite moyenne ou à un foyer septique de la bouche comme le prouvent les observations de LORENZ, FRANKEL, NEUMANN et SCHMITZ (1).

(1) Voir observations et bibliographie.

De même encore, ces foyers myositiques parfois constatés dans le cours d'une endocardite maligne ulcéreuse, comme le rapporte LORENZ, ou ceux qui accompagnent d'autres déterminations suppurées de la streptococcémie. C'est ainsi que, notre maître ABRAMI et M. LICHWITZ, ont observé l'an dernier à l'hôpital Ambroise PARÉ un cas de septicémie streptococcique avec déterminations pleurale, articulaire, rénale au cours duquel les muscles de l'épaule, puis de la face antérieure de la cuisse droite, puis du mollet, furent le siège d'une tuméfaction très douloureuse accompagnée de rougeur, de douleur de la peau avec ce caractère « transitoire » sur lequel nous avons insisté.

Il n'est pas jusqu'aux endocardites à marche lente qui ne se compliquent de localisations musculaires. M. ABRAMI a été frappé, à plusieurs reprises, au cours de la maladie, d'OSLER par des phénomènes passagers à fluxion douloureuse d'un muscle, disparaissant sans laisser de trace comme les poussées articulaires où les nodules sous cutanés. Il s'agissait, à n'en pas douter de déterminations de la septicémie sur les muscles.

OBSERVATIONS DE LORENZ

Septico-pyohémie puerpérale avec abcès musculaires métastatiques

Marie F..., 23 ans, entre à l'hôpital le 14 novembre 1895 dans le service du D^r KOVACS.

Anamnèse. — Femme multipare. Dernier accouchement le 10 novembre.

Le 12 novembre. — Quitte le lit. Le soir frissons et hyperthermie.

Etat actuel 15 novembre. — Malade dans une grande prostration. Fièvre à 40°6. Pouls à 148. Respiration à 64. T. A. très basse.

A l'examen. — Endométrite. Abdomen douloureux au palper et météorisé. Rate hypertrophiée.

Côté gauche. — Exsudat pleurétique. Articulations et muscles indemnes. Dans le sang, légère leucocytose. Albumine dans l'urine.

Le 16 novembre. — A la partie interne de l'avant-bras, des deux côtés, apparaît une infiltration musculaire plus marquée à gauche qu'à droite et qui augmenta le lendemain.

Le 18 novembre. — Torpeur, délire. Température dépassant 41°.

Le 19 novembre. — La malade a succombé.

Autopsie. — Endométrite purulente. Tuberculose chronique avec granulation à la partie supérieure du lobe droit. Pleurésie adhésive dans la région hépatique. Abscessus musculaires multiples. Septicopyohémie.

Au microscope. — Abscessus nombreux du muscle triceps brachial dont la paroi est formée de substance musculaire nécrosée. Les fibres musculaires sont distendues par des hémorragies intramusculaires. Dégénérescence vitreuse sans noyaux, ni traces de régénération.

FORME SUBAIGUE

Ce sont principalement les auteurs américains qui ont décrit cette dernière variété. D'après eux, le streptocoque serait encore responsable d'une forme de myosite d'allure et d'évolution toutes différentes de celles que nous avons énumérées jusqu'ici.

Il s'agit d'états mal définis, qui consistent en douleurs occupant les muscles, tantôt localisées aux muscles de la nuque, des lombes à ceux de la racine d'un membre, tantôt généralisées évoluant par poussées, accompagnées de quelques phénomènes infectieux, de fièvre, et dont les reprises s'échelonnent sur une longue période.

ROSENOW et ASHBY, ont rapporté plusieurs observations de myosites subaiguës à la suite d'infections bucco-pharyngée dont nous ne reproduisons ici que deux d'entre elles entre autre la seconde, étant celle qui a servi de base à leurs expériences, pour établir l'existence d'un *streptocoque a affinité quasi-spécifique pour le muscle*. Nous nous sommes permis, en raison de l'importance de leurs travaux et des résultats positifs auxquels ils ont abouti de les exposer succinctement ici.

En Allemagne, F. H. LEURY, étudiant plusieurs cas de

myosites streptococciques de cette variété, aurait décelé par l'hémoculture dans 50 % des cas, la présence d'un streptocoque, dont les caractères le rapprochant de celui de la scarlatine.

OBSERVATION DE ROSENOW (Myosite subaiguë)

Localisation élective du Streptocoque

Un cas de pulpite, névrite dentaire et myosite

Mme F. H. P..., âgée de 35 ans, était sujette à des fortes migraines depuis plusieurs années. Dans les cinq ou six dernières années, elle a souffert d'attaques récurrentes de névralgies faciales avec douleur distincte à la mâchoire supérieure, s'étendant au côté opposé, avec irradiation dans les dents principalement ceux du maxillaire supérieur. Cette douleur était suivie d'une autre plus intense du côté gauche de la tête, du cou et des épaules.

Durant ces deux ou trois dernières années, les attaques se multiplièrent et devinrent d'une acuité telle qu'elles nécessitèrent l'injection de morphine ; les attaques se terminèrent par la contracture des muscles, avec apparition d'un gonflement et d'une fluctuation dans la partie gauche du cou. Elle avait été opérée des amygdales, quatre ans auparavant, mais ceci n'influença nullement les phénomènes douloureux qui persistèrent. Il y a un an, la deuxième molaire supérieure gauche, montrant un abcès à la racine, fut extraite et le sinus maxillaire drainé, mais sans apporter aucun soulagement.

La malade devint très nerveuse et eut, durant les douleurs paroxystiques, des crises d'hystérie avec une ou deux fois des accès de confusion mentale. Avant la tonsillectomie, elle avait eu, depuis des années, des amygdalites suivies de douleurs rhumatoïdes durant l'hiver.

A l'examen, on est en présence d'une femme nerveuse, au faciès pâle, (mais d'une bonne constitution générale. Les muscles étaient modérément fermes,

En janvier, l'examen du sang révéla 85 % d'hémoglobine, 9.800 leucocytes. Le Wassermann était négatif. Il n'y avait aucun signe de lésions organiques de système nerveux central.

Le 17 février, hémoglobine 80 %. Erythrocytes 4.210.000, leucocytes 5.400. L'examen du cœur, du poumon, de l'abdomen, des réflexes, des urines fut négatif, ainsi que l'exploration radiologique des racines des dents et des maxillaires. Le foramen sous-orbitaire et le foramen mentonnier étaient sains, mais la peau au-dessus était normale. Il y avait des noyaux mous qui paraissaient être une hypertrophie de la chaîne ganglionnaire postérieure du cou.

A l'examen rhinoscopique, on trouva une rhinite hypertrophique. Dans la bouche, la gencive et les dents étaient saines. Celle-là, était irritée par la couronne placée sur la première molaire gauche supérieure, qui fut enlevée. Les sinus maxillaires étaient clairs. Se basant sur le fait que chaque attaque débutait par un gonflement et une fluctuation des muscles géniens supérieurs du côté opposé à la dent cariée, celle-ci fut extraite le 18 janvier. La cavité pulpaire était remplie de pus, dont l'examen microscopique y décela la présence de diplocoques à GRAM positif, des bacilles diphtéroïdes à GRAM négatif. La première culture sur Agar, ascite et bouillon, donna une culture de streptocoques hémolytiques. Une culture en anaérobie sur sang Agar fut faite. A l'examen microscopique on trouva des chaînettes de streptocoques et de nombreux bacilles.

Immédiatement après l'extraction de la dent, la malade eut une attaque sévère, mais reprit graduellement ses forces après plusieurs exacerbations.

Le 17 février, après n'avoir ressenti aucune douleur pendant 10 jours et gagné rapidement en force et santé, il fut trouvé une fluctuation au niveau des muscles de la partie postérieure du cou, et deux nodules près du sterno-cléïdo-mastoidien. Une portion des couches profondes des muscles atteints fut excisée, dont une partie fut immédiatement émulsionnée pour des cultures et l'autre fixée en vue des

coupes histologiques. Après l'opération, nouvelle crise. Entre temps, la culture avait poussé et on y décéla de courtes chaînettes de streptocoques. On suspecta la présence de ce microbe dans les muqueuses de la malade et un prélèvement de sa gorge et de son nez fut faite. Le laboratoire confirma notre hypothèse.

Un auto-vaccin fut préparé. La première injection fut suivie de malaises intenses, de vomissements et de douleurs musculaires. La deuxième injection fut mieux tolérée. Enfin, j'appris, il y a quelques jours, que la malade allait mieux et n'avait plus de réactions nerveuses.

OBSERVATION II ET EXPERIENCES DE ROSENOW ET ASHBY

Madame O. E. R., âgée de 21 ans, femme de fermier, avait eu, il y a deux ans, une amygdalite et une septicémie puerpérale et, depuis, elle avait remarqué une augmentation de volume des ganglions cervicaux.

Quelques mois avant de venir à la clinique, la malade s'apercevant que cette hypertrophie ganglionnaire, tout en augmentant, devenait très douloureuse, se décida à venir nous consulter.

L'examen révéla la présence de petits nodules durs dans le lobe droit du corps thyroïde, une chaîne de petits ganglions roulant sous la clavicule, des ganglions axillaires et des nodules calcifiés le long du biceps du bras gauche avec spasme du sterno-cléïdo-mastoïdien du même côté.

A l'opération, les masses calcifiées furent excisées et le chirurgien conclut à une myosite ossifiante.

Le 21 août 1914, une parcelle de muscle excisé fut cultivée sur un tube de glucose Agar. Il y poussa 24 colonies blanches d'un streptocoque polymorphe. Le tube fut gardé à l'obscurité et à la température de la chambre, en vue d'expérimentations subséquentes.

De la culture souche, les auteurs font une sous-culture sur bouillon glucosé, qui fut injecté dans les veines de

plusieurs séries d'animaux et à dates différentes. La première série d'animaux injectés (du 14 au 18 sept.) se composait de dix lapins, cinq chiens, et trois pintades. Huit lapins et deux chiens font des lésions musculaires. La culture, obtenue par l'isolement d'un streptocoque d'un fragment de muscle d'un chien et d'un lapin, qui avaient fait une localisation musculaire, fut injectée dans les veines de sept lapins et un chien. Cinq de ces lapins firent des myosites. Le chien mourut d'une pancréatite hémorragique.

On prélève une partie des muscles de ces derniers animaux que l'on cultive. Le germe trouvé fut le streptocoque. Cette culture injectée à deux lapins (3^e animal de passage) développa chez l'un d'eux des altérations musculaires. L'autre fit une septicémie sans aucune localisation.

En Avril 1915, la seconde série d'animaux formée de trois lapins et de deux chiens fut injectée par une sous-culture de la culture souche primitive sur Agar. Deux des lapins eurent des myosites, des arthrites et une myocardite. Le troisième ne fit aucune lésion. Quant aux deux chiens ils firent des lésions hémorragiques de l'épaule et du thorax.

La culture d'un fragment des muscles de ces derniers lapins décela le streptocoque.

En mars 1916, un lapin et un singe furent injectés avec une culture sur bouillon prise dans les colonies du tube primitif sur Agar. Les deux animaux eurent des myosites hémorragiques compliquées de myocardite hémorragique chez le singe.

A ce moment les streptocoques prélevés de 300 c.c. de culture sur bouillon glucosé (qui avait servi à l'innoculation de la première série d'animaux) furent desséchés, mais dans un dessiccateur placé sur du chlorure de calcium et à l'abri de la lumière. Après dessiccation de cette sous-culture on décela tout de même, le développement du streptocoque, qui, injecté en suspension dans l'eau à un lapin détermina chez lui des petites plaques hémorragiques et une infiltration dans les muscles plats et fascias de la partie latérale de l'abdomen.

Les streptocoques desséchés furent gardés jusqu'en 1917. Des cultures faites restèrent négatives. On décida d'expérimenter l'effet de ce microorganisme mort, en suspension dans une solution saline. Deux lapins reçurent une injection intraveineuse et les deux firent des hémorragies musculaires dans les muscles plats de l'épaule et du thorax et de l'extrémité tendineuse des muscles des extrémités.

Des 38 animaux injectés (26 lapins, 8 chiens, trois pintades et un singe), vingt-neuf firent des lésions musculaires soit une proportion de 76 %. Dix eurent des myocardites. La localisation dans d'autres organes était rare.

Le fait que ce microorganisme vécut et garda sa puissance spécifique d'infection pendant si longtemps (19 mois dans la culture souche) et le pouvoir qu'ont les streptocoques morts et desséchés de produire des lésions musculaires (3 ans et 4 mois après avoir été isolés) n'est rien moins que remarquable.

Malgré toute la valeur et les résultats de ces expériences, il serait prématuré d'en déduire une conclusion stable et affirmative, d'avancer en axiome l'hypothèse de l'affinité musculaire d'un streptocoque. Il faut attendre que d'autres expériences viennent corroborer les recherches des auteurs américains.

FORME SURAIGUE

OBSERVATION I

Myosite suppurée suraiguë. Symptômes généraux graves.

Mort (ABRAM)

Il y a quelques jours, je fus mandé par le D^r MARY BIRELL DAVIES, pour voir une malade dont l'état était fort grave. C'était une femme âgée de 45 ans, non mariée. Au premier aspect, elle me donna l'impression d'une personne profondément intoxiquée, car sa face était livide et son expression triste. Les pupilles étaient dilatées. L'hyperthermie était marquée 102°F (39°5 C.) et le pouls, qui battait à 140, était mou et dépressible.

Rien au cœur ni aux poumons. Les autres organes étaient sains.

Sur la peau de la partie supérieure droite de la poitrine, on apercevait un œdème assez marqué, qui s'étendait jusqu'à l'aisselle. Par places, on remarquait quelques plaques érythémateuses. Pas de ganglions axillaires. L'articulation de l'épaule paraissait être intacte. La palpation était vivement douloureuse au niveau de la région du grand pectoral et faisait sentir une légère fluctuation. Le D^r Douglas CRAWFORD incisa le grand pectoral et, à l'ouverture, il trouva du pus, mais sans qu'il y ait abcès formé. Le processus inflammatoire avait gagné en extension et envahi le liga-

ment suspenseur du sein. La malade succomba quelques heures après l'intervention.

Le D^r DAVIES a bien voulu me communiquer l'anamnèse du début de la maladie. Le 29 et le 30 août, la malade ayant eu quelques frissons, crut qu'elle avait pris froid. Le 31, elle fit appeler le D^r DAVIES, qui trouva une température à 101° F (38°5 c.) et un pouls à 110, mais régulier et bien frappé. Il y avait une forte douleur à la partie supérieure de l'hémithorax droit, le bras droit était collé contre le corps et les mouvements étaient impossibles. L'œdème n'apparut que le 3 septembre, c'est-à-dire cinq jours après le début de la maladie et le lendemain elle rendait le dernier soupir à la suite de sa myosite suppurée grave.

OBSERVATION II

Polymyosite streptococcique. Symptômes généraux graves.

Mort (KORMOCZI)

Stéphan D..., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 18 juillet 1901. C'est un jeune homme assez fort, qui a été toujours très bien portant. Il y a environ 6 jours, il est pris de douleurs dans les jambes, qu'il se contenta de soigner à la maison. Ne voyant pas les phénomènes douloureux s'amender, il se décide à venir consulter à l'hôpital, où il est admis dans notre service.

A l'examen, on se trouve en présence d'un jeune homme au faciès rouge, vultueux, sans expression. La langue est sèche et rôtie ; les lèvres sont recouvertes de fuliginosités, mais on ne remarque pas d'herpès labial.

Le cœur et les poumons sont sains. On ne trouve rien d'anormal dans les autres organes.

La température est à 39°5. Le pouls bat à 120 ; il est mou. Respiration : 38 à la minute. Les urines sont foncées, albumineuses, mais ne contiennent pas de sucre.

La palpation de la cuisse gauche est extrêmement dou-

loureuse ; on sent les muscles durs, contractés. La peau de cette région est tendue et pâle. A la partie interne, juste au-dessus de l'articulation du genou, on aperçoit une rougeur circonscrite.

Le 19, T. M. 39°5, T. S. 40°5. Le malade délire. L'infiltration inflammatoire des muscles de la cuisse gauche persiste.

Le 20, T. M. 38°5, T. S. 39°. Extension du processus inflammatoire à la musculature de la jambe. Celle-ci est œdématisée, gonflée, dure et la peau est tendue. Dans le membre supérieur, on voit que le triceps brachial droit est aussi gonflé, ainsi que le fléchisseur commun des doigts. Dans leur voisinage on remarque quelques plaques érythémateuses s'effaçant à la pression.

Le 21, aux altérations musculaires du jour précédent, se surajoute le gonflement des muscles de l'avant-bras gauche. Le sterno-cléido-mastoïdien droit est épaissi et douloureux.

Symptômes généraux graves. T. M. 40°, T. S. 40°5.

Le 22, le malade meurt dans la nuit.

Une hémoculture est pratiquée sur bouillon gélosé ascite agar. On y décèle des colonies de streptocoques pyogènes. A l'examen microscopique on trouva des chaînettes de streptocoques. La culture du pus donna le même microbe.

Autopsie. — Cœur, poumons, foie et viscères normaux. Rate et rein légèrement hypertrophiés. Altérations musculaires profondes et multiples.

OBSERVATION III

Myosite aiguë suppurée diffuse. Symptômes généraux graves

Mort (HOLM)

B. S..., âgé de 21 ans, jeune soldat, conscrit, est arrivé dans le service le 12 février. Ni l'interrogatoire, ni les antécédents héréditaires ne fournissent des renseignements aptes à élucider l'étiologie de sa maladie.

L'observation qu'on nous envoie du régiment nous apprend que notre jeune malade présentait, depuis quelques jours, de légers symptômes grippaux, mais qui ne l'empêchaient pas d'assurer son service.

Le 9 et le 10 février, il a un frisson, se sent mal à l'aise et se couche jusqu'à son admission à l'hôpital militaire, d'où il nous est envoyé. A son entrée, la température est de 39° le matin. Le faciès est pâle, livide. Transpiration abondante. Le soir, ascension thermique. T. à 40°.

Le 13, pas de symptômes locaux. Tous les organes sont sains. Le malade accuse seulement des douleurs diffuses dans les muscles de l'articulation du coude gauche, au niveau des extenseurs de l'avant-bras et à la partie inférieure du triceps brachial gauche. On constate une tuméfaction au niveau des muscles sensibles. La pression est extrêmement douloureuse, les mouvements impossibles. Pas d'altération cutanée.

Le 14, tuméfaction douloureuse de la partie médiane des muscles de la cuisse droite. La peau est saine. Douleur discrète dans les muscles de la jambe gauche, mais sans gonflement.

Le 15, le malade est transporté dans un service de chirurgie.

L'état général est grave. Le faciès est livide, cireux, les lèvres cyanosées. Le malade est prostré, l'attention est nulle. Ses réponses se font attendre et sont incohérentes. La Temp. est à 38°5. Pouls 120. Respiration 25.

A l'inspection, on se trouve en présence d'un jeune homme de forte constitution, assez musclé. L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal, à l'exception de quelques ronchus à l'auscultation des poumons.

Le sang contient 9.700 leucocytes.

L'urine est foncée; densité, 1.025; réaction acide. Quelques traces d'albumine. Dans le sédiment, pas d'hématies, mais beaucoup de leucocytes.

Symptômes locaux. — Forte tuméfaction de la musculature du bras droit et des extenseurs de l'avant-bras gauche,

La moitié inférieure du bras présente aussi un gonflement. La peau est toujours intacte.

Douleur vive à la palpation et au mouvement. Au palper, le muscle semble normal. On ne sent ni contracture, ni fluctuation nulle part dans les muscles de l'avant-bras. Les muscles extenseurs de la cuisse gauche présentent une infiltration diffuse et sont d'une dureté ligneuse. Pas de fluctuation. La peau n'est pas altérée. La palpation des muscles malades est si douloureuse que le patient pousse des cris déchirants à la moindre pression.

Opération par le D^r WESSEN.

Large incision sur les muscles extenseurs de la cuisse gauche. Traînées purulentes interfasciculaires. En incisant plus profondément, on voit sourdre du pus en grande quantité. L'incision des extenseurs de l'avant-bras montre aussi une collection purulente. La culture du pus sur bouillon, ascite et agar, fait déceler le streptocoque en plus ou moins grande quantité.

Le 16, tuméfaction non douloureuse de la jambe gauche. Le gonflement du bras gauche augmente. Le malade a été très agité et a passé une mauvaise nuit. Délire.

T. M. 40°2. T. S. 40°6. Pouls 140.

Le 17, subjectivement, le malade paraît aller mieux. Les lèvres ne sont plus cyanosées. T. 38°5. Mais état psychique déficient. Subscoscience.

Le 18, état stationnaire jusqu'à midi. Puis cyanose subite. Hyperthermie. Pouls mauvais, à peine perceptible. Mort à 2 h. 45.

Autopsie. — Cœur, estomac, intestin, foie normaux. Rein hyperhémie. Rate légèrement grosse.

Poumon: on trouve un abcès métastatique de la grosseur d'une noix sur la partie supérieure du poumon droit. Tout autour, légère réaction inflammatoire.

Epiglote œdémateuse.

Muscles crico-aryténoïdiens postérieurs tuméfiés et contracturés.

Tous les muscles atteints du processus inflammatoire étaient transformés en une bouillie purulente.

OBSERVATION IV

(de BRUNON)

Myosite du grand droit de l'abdomen.

Phénomènes généraux graves. Mort. Autopsie

Emile M..., 30 ans, bourrelier, entre le 11 décembre 1886 salle Monneret, service de M. ANDHON, remplacé par M. BRISSAUD.

Homme très robuste et très fortement musclé, brun, faciès coloré, — n'a jamais fait « une heure de maladie » — il n'a pas été soldat, il n'a pas d'habitudes alcooliques, il n'a jamais quitté son village.

Il est à Paris depuis un mois; il y est venu à pied de la Haute-Saône, avec cinq compagnons désireux, comme lui, de voir la ville. Ils ont marché 12 ou 15 jours. Ils passaient la nuit dans les bois, sauf cinq fois, où ils ont couché dans des écuries. Il ne peut pas dire combien il faisait de kilomètres par jour, parce qu'ils marchaient « au hasard », suivant les indications des passants. Mais ils marchaient toute la journée « tant qu'on y voyait ».

Arrivé à Paris, il s'est mis à la recherche d'un de ses parents et, pour cela, il a traversé la ville dans toute sa longueur, plusieurs fois. Depuis trois semaines, il loge en garni.

Au moment de l'entrée, il n'a pas l'aspect d'un homme surmené; il raconte gaiement ses marches et croit être guéri dans quelques jours; il se plaint d'une douleur peu vive dans le poignet droit. Il y a à ce niveau une légère tuméfaction et une rougeur qui empiète sur le dos de la main.

Pas de blennorrhagie.

Pas de signes viscéraux. Langue blanche étalée.

Pas d'albumine dans l'urine.

T. 38°5. Administration de sulfate de soude : 30 gr.

Le 12, genou droit : douleur peu vive spontanément, pas de tuméfaction, pas de modification de couleur de la peau.

T. 38°5-38°6. Salicylate de soude : 4 gr.

Le 13, langue toujours blanche. Pas d'appétit. Epaule droite douleur peu intense. Sueurs abondantes, un peu fétides.

T. 38°4-37°5. Salicylate : 5 grammes.

Le 14 matin, amélioration. Le malade dit que ses douleurs ont presque complètement disparu.

La température tend du reste à s'abaisser.

Tout en demandant la permission de se lever, le malade reste étendu sur le dos. La face est pâle. Salicylate : 6 gr.

Le 16, la température s'élève à 39°.

Le genou gauche, les deux articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses. Cependant, les voisins du malade affirment qu'il ne s'est pas levé.

A la palpation, les masses musculaires de la cuisse droite sont douloureuses.

Le malade a conservé sa gaieté ; il demande encore la permission de se lever ; il est très étonné qu'on la lui refuse.

Sueurs profondes fétides.

Rien au cœur. Pas de céphalalgie. Pas d'albumine.

T. 39°-38°4.

Le 17, T. 39°4-39°2. Eruptions de vésicules confluentes de la grosseur d'un grain de millet, remplies d'un liquide transparent, reposant sur une aréole rouge. Rien au pharynx, pas de dysphagie ; même état général : traits altérés. Le malade parle moins.

Le 18, quelques vésicules sont sèches. Le contenu est devenu laiteux sur d'autres points. Ailleurs, il y a de nouvelles vésicules transparentes.

Dans son ensemble, l'éruption s'étend sur le front, le cuir chevelu, le thorax, l'abdomen et les bras. Rien aux membres inférieurs.

Le 19, T. 40°. A la visite, on trouve le malade très abattu, il est pâle et ne se plaint d'aucune douleur.

Il répond très brièvement aux questions.

Les articulations ne sont plus douloureuses. La rougeur du poignet a fait place à une plaque de desquamation.

La peau est recouverte d'une multitude de petites aspérités grâce à l'exfoliation épidermique. Pas d'albumine.

M. BRISSAUD prescrit 8 grammes de salicylate de soude.

Quoique la pression des masses musculaires de la cuisse ne paraisse pas être douloureuse, on émet à ce moment l'hypothèse d'une myosite en se basant :

1° Sur l'état infectieux qui aurait sa cause dans le surmenage de l'individu, son séjour à Paris depuis un mois, son séjour à l'hôpital depuis dix jours ;

2° Sur les douleurs musculaires qu'il a accusées.

Le 20, T. 39°8-40°. Même état. Subdélirium pendant la nuit. Suppression du salicylate. Fotion de Todd. Vin de Bordeaux.

Le 21, T. 40°3-40°5. Etat général aussi grave. Prostration.

Le 22, T. 40°-40°8. Subdélirium. Légère agitation. Le malade se plaint d'une soif vive ; il demande nettement à boire.

Les éruptions se succèdent.

Pas d'albumine. Pas de signes viscéraux. Diarrhée.

Le 23, même faciès. Léger ballonnement du ventre, pas de diarrhée, pas de vomissements.

Dans la nuit, grande agitation. Le malade renverse les planches latérales du lit.

Mort à 2 heures du matin.

Autopsie 24 heures après la mort, par un temps très froid.

Pas de modification de couleur sur les points qui avaient été douloureux. L'attention est tout d'abord attirée par un ballonnement du ventre : à l'ouverture de la paroi abdominale, les anses intestinales, très dilatées par des gaz, font hernie par l'ouverture ; elles adhèrent très lâchement entre elles ; leur surface péritonéale est dépolie et poisseuse. Vascularisation très fine sur toute sa surface. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. La muqueuse intestinale est normale, un peu congestionnée irrégulièrement par îlots.

Foie lourd, gros, congestionné. Sur sa face convexe et

superficiellement, petits noyaux caséeux de volume d'un pois. De la surface de section du foie s'écoule abondamment un sang noirâtre.

Rate un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, coloration et consistance presque normales.

Reins gros, congestionnés. Au niveau du bord supérieur du rein droit, petit kyste du volume d'une noisette.

Ganglions mésentériques normaux.

Thorax : adhérence des feuillettes de la plèvre aussi lâche et aussi récente que celle des anses intestinales. Cependant, les poumons sont un peu plus difficiles à extraire que normalement, grâce à cette adhérence qui est générale.

Poumons : congestion hypostatique aux deux bases ; pas d'autres lésions.

Cœur : mou, flasque, paraît dilaté, pas de surcharge graisseuse. La surface interne des deux ventricules, surtout celle du ventricule droit, est d'une coloration bleuâtre, lie de vin. A l'œil nu, les colonnes charnues du ventricule gauche montrent, sur leur surface de section, une coloration jaune pâle assez nette.

Sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, trois petits noyaux de consistance cartilagineuse, restent d'une endocardite ancienne.

Péricarde : contient une vingtaine de grammes de liquide.

Cerveau : pas de lésions apparentes.

Toutes les grandes articulations examinées sont saines.

Rien au poignet droit.

Dans les masses musculaires des bras, des épaules, des avant-bras, des cuisses et des mollets, rien d'anormal.

Dans le grand droit de l'abdomen : foyer hémorragique se présentant de la manière suivante : à droite, paroi abdominale vue par sa face antérieure, la peau étant disséquée et rejetée de côté, on trouve l'aponévrose du grand oblique saine et sans coloration anormale.

Vue par sa face postérieure, elle montre un foyer hémorragique du volume d'une noisette, contenant un caillot diffluent. Ce foyer est situé à deux travers de doigt au-dessus

de l'insertion inférieure du muscle et à un travers de doigt de la ligne médiane.

Les faisceaux rompus forment une sorte de languette légèrement effilée, ayant l'épaisseur d'un doigt, et quatre centimètres de hauteur ; l'extrémité libre de cette languette est dirigée en bas et répond exactement, par sa forme irrégulière, aux irrégularités du fond du foyer. Entre ce fond et l'extrémité de la languette, on trouve un caillot noir et diffus.

Le tissu musculaire, qui forme la languette, est induré, ligneux, il semble contenir dans son épaisseur un corps très dur, il est comme congelé.

Dans le voisinage de ce foyer, le tissu interstitiel est infiltré de sang dans un périmètre de quatre travers de doigt. La limite supérieure de cette infiltration est marquée très nettement par une ligne ondulée.

En décollant le péritoine, on aperçoit dans la gaine du muscle une plaque ecchymotique ayant le diamètre d'une pièce de deux francs. Entre cette gaine aponévrotique et le foyer décrit plus haut, il persiste une couche de tissu musculaire peu épaisse, infiltrée de sang, mais dont les fibres ne sont pas rompues.

A gauche, les lésions sont sensiblement symétriques, mais elles sont moins avancées dans leur évolution.

La gaine du grand droit montre, à sa face antérieure, une plaque ecchymotique au niveau de laquelle le sang forme une couche assez épaisse pour masquer le tissu sous-jacent.

Immédiatement au-dessous, on trouve le tissu musculaire infiltré, induré sur un espace de deux centimètres.

OBSERVATION V

Myosite suppurée suraiguë (FOUCAULT)

Bignon, 24 ans, raboteur de parquets. Entré à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Madeleine), n° 13, service de M. le docteur FAUVEL, le 13 novembre 1869.

Voici les renseignements très exacts qui m'ont été fournis par la personne qui l'a soigné avant son entrée.

Cet homme était bien portant d'ordinaire et point du tout buveur. Il était seulement sujet, dans ces derniers temps, à des transpirations très abondantes des mains.

Le samedi 31 octobre, cet homme rentrait bien portant et parlait de faire un petit voyage de plusieurs jours. Le lendemain il rentrait, dans la journée, se plaignant d'une douleur dans l'épaule gauche.

Le lundi 2 novembre il gardait le lit ; on lui fit des frictions avec l'eau-de-vie camphrée ; ce jour, ainsi que le suivant, quoique modérément souffrant, le malade ne pouvait rien supporter, vomissant bouillon et tisane et était couvert de sueur.

Cependant, il descend seul de sa chambre, et est transporté à l'hôpital dans la soirée du 3 novembre.

Le 4, le malade se plaint de souffrir dans l'épaule et le coude gauches. Point de tuméfaction ni de rougeur au niveau de ces articulations. Aucune douleur dans les autres parties du corps.

Pouls à 120. Le cœur bat régulièrement, mais les bruits sont un peu voilés et faibles ; la matité précordiale est un peu plus étendue qu'elle ne l'est d'habitude.

Violente céphalalgie, un peu de raideur du cou. Les réponses du malade manquent de précision et se font attendre ; la vision est un peu trouble, pas d'épistaxis. Prostration ; un peu de météorisme. Dans la poitrine quelques râles sibilants. Urine très albumineuse.

Après quelques hésitations, M. FAUVEL, vu l'intensité des phénomènes généraux et encéphaliques, se décide en faveur d'un rhumatisme cérébral. Chiendent, potion avec tartre Stibié 10 gr., onctions calmantes sur le bras et 10 ventouses scarifiées sur la région précordiale. Soir, pouls à 120, sueurs excessives, respiration haute et anxieuse, vomissements dans la journée.

Le 5, cette nuit, délire bruyant, pupilles très dilatées, embarras de la parole croissant, hébétude, fixité du regard.

Trois selles liquides, sueurs excessivement abondantes, urines surchargées d'urates alcalins et très albumineuses.

Le poulx est très petit. La température axillaire est de 40°2. On remarque alors qu'il existe, à la surface du bras gauche, une très légère couleur érythémateuse ; puis, dans l'épaisseur de celui-ci, très augmenté de volume, une tuméfaction très dure, allongée, suivant l'axe du bras et s'étendant à presque toute la région postérieure du membre, mal circonscrite et jouissant d'une mobilité transversale douteuse. Le coude est en demi-flexion, le biceps est contracté.

Diagnostic : phlegmon profond du bras, frictions mercurielles, cataplasmes, sulfate de quinine 1 gramme en solution.

Soir : Délire incessant, sueurs profuses, poulx presque insensible, râles d'agonie. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Avec la plus grande attention, il nous a été impossible de trouver dans les méninges autre chose qu'une congestion hypostatique avec légères suffusions sanguines à la surface des lobes postérieurs et surtout aucune trace apparente de granulations miliaires.

Cette recherche n'était pas inutile, car dans la poitrine nous trouvâmes :

Au sommet de chaque poumon, des adhérences celluleuses solides et à la coupe, autour de trois ou quatre noyaux caséeux, quelques granulations miliaires. De plus, au sommet gauche, il existait un noyau mal circonscrit d'engouement pneumonique. Rien dans le reste des poumons.

Le cœur contenait du sang fluide, poisseux, noir, mêlé de gaz de décomposition. Aucune lésion vasculaire, un peu de liquide péricardique ; le cœur est un peu gros.

L'estomac et l'intestin, ouverts dans toute leur longueur, étaient sains. Le foie est un peu gros.

Grosse rate diffluente, reins un peu congestionnés.

Du côté du bras, on trouve : les veines et les artères, poursuivies dans l'aisselle, sont saines ; les veines contiennent du sang poisseux. Le muscle triceps brachial, dans toute son étendue, mais surtout dans sa moitié inférieure,

offre une infiltration purulente des plus singulières. Chaque faisceau musculaire pâle et rose est, à l'œil nu, séparé de ses voisins par des lignes blanchâtres ; sur la section longitudinale cet aspect est manifeste et il s'écoule peu de pus ; mais si l'on vient à faire une section perpendiculaire, le pus s'écoule par expression comme d'une éponge, par tous les interstices fibrillaires. Nulle part le pus n'est collecté. Les ganglions axillaires étaient sains.

Les autres muscles du bras étaient sains, ainsi que les articulations scapulo-humérale et du coude.

Résumé. — Un homme parqueteur, âgé de 24 ans, semblant jouir d'une santé assez bonne, est pris et sans cause connue, d'une douleur dans l'épaule et le bras gauche, les deux jours suivants, sueurs et vomissements. A son entrée à l'hôpital (quatrième jour) l'ensemble symptomatique porte un tel caractère de gravité, que, vu la douleur locale modérée, vu les phénomènes encéphaliques, un des médecins les plus autorisés des hôpitaux porte le diagnostic de rhumatisme cérébral. Le cinquième jour seulement, devient manifeste une tuméfaction dont tous les caractères établissent l'existence d'un phlegmon profond du bras. Et le malade succombe au huitième jour.

A l'autopsie, le cœur, les reins, la rate, l'encéphale sont plus ou moins remplis d'un sang fluide et poisseux. Quelques noyaux caséeux anciens, une zone de granulations miliaires, des adhérences anciennes aux deux sommets ; à l'un d'eux, un noyau d'engouement pneumonique. Et surtout une myosite intersticielle suppurée du triceps brachial qui a transformé la presque totalité de ce muscle en une sorte d'éponge gonflée de pus.

OBSERVATION VI

Myosite suppurée suraiguë (GUYOT)

Habitudes alcooliques. Phénomènes généraux graves. Mort

Le 7 juillet 1883, M. X... m'apportait une lettre de mon

ami, le D^r MAGNIN, me demandant de vouloir bien venir le plus tôt possible, voir à la Jonchère un malade dont l'état lui donnait de vives inquiétudes. J'apprenais de M. X... qu'il s'agissait de son frère, qui avait eu, la nuit précédente, un délire assez prononcé, pour qu'on craignît des accidents cérébraux provoqués par des habitudes alcooliques.

A cinq heures, le D^r MAGNIN me donnait les renseignements suivants : le 3 juillet, à la suite d'une discussion un peu vive, M. Z... avait été le soir, faire en phaëton, une promenade assez longue dans le bois ; en rentrant, il ne s'était plaint d'aucune fatigue, et il avait passé une bonne nuit. Dans la journée du 4, M. Z... se sentant indisposé, avait été consulter notre confrère, qui avait diagnostiqué un état rhumatismal, peut-être dû à la promenade de la veille. Le 5, le D^r MAGNIN fut mandé auprès du malade ; il constata de la fièvre et des douleurs assez généralisées. Le 6, la fièvre persistait, les douleurs étaient plus vives au niveau de l'avant-bras, du poignet et du mollet à gauche. Le 7, aggravation de l'état général. Subdélirium pendant une partie de la nuit. Tuméfaction plus marquée ainsi que la douleur au niveau de l'avant-bras et du mollet à gauche. A droite, quelques douleurs au niveau du poignet ; sueurs profuses.

Je trouve le malade installé dans une vaste chambre, appartenant à une maison très confortable, entourée de bois, située sur un plateau, d'où on jouit d'une vue très étendue. Je suis frappé de l'altération des traits, qui me fait craindre une affection grave. M. Z..., qui répond d'une façon très nette à mes questions et qui m'accueille de telle façon que, pendant quelques instants, ma mauvaise impression est dissipée, se plaint de vives douleurs dans l'avant-bras et le mollet gauches et le poignet droit, de soif intense et de sueurs profuses.

La fièvre est très marquée, la respiration est fréquente, la langue et les lèvres sont sèches, l'intelligence est nette. Malgré l'examen le plus attentif, je ne constate l'existence d'au-

cune lésion du côté du cœur, des poumons, des plèvres et du foie et je ne peux que confirmer à cet égard le diagnostic du D^r MAGNIN. Tout mouvement imprimé à l'avant-bras et à la jambe gauches est très douloureux et l'ablation de la ouate qui entoure ces parties arrache au malade de nombreuses plaintes.

Je constate une tuméfaction très considérable de l'avant-bras et du mollet, avec teinte érythémateuse de la peau et un œdème très marqué. Depuis ce matin, me dit le D^r MAGNIN, la tuméfaction a fait des progrès inouis.

Je diagnostiquai une myosite suppurée suraiguë de cause inconnue, car nous rejetons d'une façon absolue la possibilité d'une endocardite ulcéreuse et de toute maladie infectieuse. Nous interrogeâmes avec soin les domestiques pour savoir si le malade ne s'était pas surmené en conduisant des chevaux difficiles, s'il n'a pas eu quelque cheval malade. Toutes les réponses furent absolument négatives.

Quoique le diagnostic de pyohémie spontanée me parût indiscutable, j'engageai le frère du malade à aller de suite à Paris chercher un chirurgien: j'étais convaincu que son intervention ne pouvait être utile, mais je ne voulais pas laisser de regrets à la famille. M. le D^r TERRIER vit le malade le même jour, à 9 heures du soir, porta le même diagnostic et le même pronostic et il fut convenu que nous reverrions le malade le dimanche 8. Mais, l'infection fut si foudroyante, que le malade succomba encore plus rapidement que nous le prévoyions, le 8 juillet, à 8 heures du matin.

OBSERVATION VII

Myosite suppurée diffuse avec phénomènes généraux graves et mort rapide (NICAISE)

X..., âgé de 40 ans, menuisier, entre le 10 juillet 1876 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin.

Ce malade est épileptique ; le 5 juillet, il a eu une attaque à la suite de laquelle il est allé à son travail.

Le 6, il ressent des douleurs à la partie supérieure et interne de la cuisse droite ; il resta dans sa chambre.

Le 8, un médecin est appelé ; il croit à une inflammation profonde de la cuisse.

Le 10, on constate un gonflement profond à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, sans changement de la coloration de la peau, sans œdème sous-cutané ; les mouvements sont douloureux, surtout ceux de l'abduction ; — j'ai pensé à une myosite des adducteurs, due sans doute à quelques ruptures musculaires pendant l'attaque d'épilepsie.

Le soir du même jour, le malade se plaint de douleurs à l'épaule droite et sur la partie latérale droite du thorax.

Le 11, la peau qui recouvre le côté de la poitrine est épaissie, œdémateuse, sans souplesse, adhérente aux tissus sous-jacents, l'altération forme une large plaque qui s'étend de l'aisselle jusqu'aux dernières côtes et est limitée par un rebord saillant nettement accusé. La coloration de cette plaque est particulière ; elle offre une teinte d'un jaune clair, pâle, et vers la partie supérieure de la plaque, à la teinte jaune, vient s'ajouter une coloration rouge assez foncée. Cette dernière disparaît par la pression des doigts, la peau conserve une teinte jaunâtre.

À la cuisse, il existe de l'œdème à la partie supérieure et interne, mais la peau offre des caractères différents de ceux que nous venons de décrire, elle est moins indurée et d'une coloration rose clair ; elle forme avec l'œdème sous-cutané une sorte de bourrelet qui paraît translucide.

L'état général est grave, il y a de la fièvre, une chaleur très vive à la peau, des sueurs abondantes.

Le 12, l'œdème et la coloration rouge de la cuisse sont plus intenses ; la plaque de la poitrine s'est étendue ; les phénomènes généraux sont plus graves. Le malade a été très agité depuis la veille et a eu du délire pendant la nuit.

Température axillaire 39°4.

Extrait thébaïque 0,50 cent. Sulfate de quinine 0,50 cent. Enveloppement ouaté de la cuisse et de la poitrine.

Le 13, le gonflement de la cuisse est plus considérable,

l'œdème gagne la face postérieure ; la rougeur, assez marquée, disparaît à la pression du doigt. Pas de fluctuation.

Du côté du thorax, la plaque érythémateuse indurée s'étend de l'aisselle jusqu'au dessous de la crête illiaque ; elle est œdémateuse, limitée en arrière par un rebord très saillant et présente dans son ensemble une teinte jaunâtre, ecchymotique, avec des parties rougeâtres plus foncées. En arrière, on trouve, en outre, de véritables petites taches ecchymotiques.

Agitation extrême ; on a dû attacher le malade pendant la nuit. Ce matin le malade est affaîssé, les transpirations sont abondantes ; langue poisseuse, soif vive. Temp. : 38°. Pouls : 104. Le soir, la température monte à 40°4.

Le 14, la rougeur et l'œdème de la cuisse ont diminué, la douleur persiste, pas de fluctuation. La plaque indurée de la poitrine s'est étendue en avant, vers le mamelon, en bas jusqu'à la partie externe de la cuisse. La teinte jaune pâle persiste, surtout à la périphérie de la plaque. La couche superficielle de la peau est infiltrée, de façon qu'elle ressemble à la peau d'orange.

La nuit a été moins agitée. Les transpirations sont toujours abondantes ; la langue est épaisse, large ; les dents s'impriment sur ses bords.

L'urine examinée, avec soin, ne renferme ni sucre, ni albumine.

Température : 39°6. Pouls : 96.

Sulfate de quinine 1 gr. Eau de Pullna.

Le soir, température à 40°.

Le 15, les phénomènes généraux sont plus graves, le malade est affaîssé, l'état local est le même.

Température : 39°2. Le soir : 40°4.

Le malade meurt dans la nuit du 15 au 16, à 1 heure, cinq jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie le 17. — Le cadavre est en état de putréfaction avancée ; il est vert et distendu par les gaz.

A la cuisse droite, il n'y a pas de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais toute la masse des muscles adduc-

teurs en est infiltrée ; le pus ne forme pas de collection ; en arrière, il y en a seulement quelques amas vers la partie supérieure et profonde du grand adducteur — dans les autres points, les faisceaux musculaires sont grisâtres, infiltrés de pus, comme spongieux, et laissant couler par la pression, un liquide sanieux, puriforme, ou bien ils ont conservé une coloration rouge pâle et sont séparés par des traînées de pus. Cette infiltration s'étend depuis la racine du membre jusqu'à sa partie moyenne, et jusqu'à l'insertion des adducteurs au fémur.

Les parois abdominales ne présentent aucune infiltration.

Sur le thorax, les caractères de l'infiltration sont les mêmes. Il n'y a pas de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané et pas de collection profonde. L'infiltration purulente s'étend depuis l'aisselle jusqu'au rebord des côtes ; elle siège surtout dans le grand dentelé et une partie du grand pectoral. Là encore le muscle est grisâtre, spongieux, imbibé de pus ; en certains points, les faisceaux musculaires sont séparés par des traînées grisâtres purulentes.

Le cerveau déjà putréfié n'offre pas de lésions apparentes.

Dans les plèvres quelques adhérences peu considérables.

Congestion à la base des deux poumons. Rien au cœur ; orifices sains.

Rate noire, en bouillie. Le foie est gras. Les reins sont normaux.

OBSERVATION VIII

Myosite suppurée suraiguë du triceps fémoral. Mort rapide

(NICAISE)

Quelques jours après la mort de ce malade, je fus appelé dans le service de M. LAILLER, à l'hôpital Saint-Louis, pour voir un malade qui semblait avoir un phlegmon profond de la cuisse gauche.

Cet homme de 45 ans environ, boucher, de très forte constitution, était malade depuis un petit nombre de jours. A la

suite de fatigue, il ressentit des douleurs dans la cuisse et fut obligé de garder le lit. A son entrée, on constate sur les faces antérieure et externe de la cuisse une large plaque, rougeâtre au centre, jaunâtre à la périphérie, indurée, limitée par un rebord légèrement saillant, chagrinée en certains points, en d'autres, vers le centre, recouverte de petites phlyctènes à contenu demi-solide, adhérent. Pas de collection sous-cutanée, empâtement et gonflement général du membre ; sensation douteuse de fluctuation profonde. L'état général ne paraît pas très inquiétant. Cependant, le malade est agité, et le souvenir de mon premier malade me fait porter un pronostic grave.

Le lendemain je revois le malade, l'état général n'a pas changé, — mais la fluctuation est plus évidente ; — avec le thermo-cautère je fais, sur la face externe de la cuisse une incision longue de 20 centimètres, qui traverse la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose. On trouve alors une collection purulente en nappe, étendue autour du muscle triceps, lequel est grisâtre, infiltré de pus. Le liquide qui s'écoule en abondance est du pus séreux.

L'état général s'aggrave et le malade succombe au bout de quatre jours.

Autopsie. — Le triceps était infiltré de pus ; la peau de la région malade, comme dans l'observation précédente, présentait une large plaque érythémateuse indurée à teinte ecchymotique, dont la surface était chagrinée et recouverte de petites phlyctènes à contenu demi-solide ; il n'y avait pas de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané.

OBSERVATION IX

Myosite suppurée suraiguë. Symptômes généraux graves.

Guérison (DALCHÉ)

Ch. Bo..., garçon marchand de vin, 17 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle d'Airan, le 30 octobre 1883, dans le service de M. GOURAUD.

Antécédents. — Rien à noter. Cultivateur en Savoie, à

Paris depuis deux mois. Assez fatigué par sa nouvelle profession.

Le 20 octobre il s'était fait au poignet gauche, un peu au-dessus de la tabatière anatomique, une écorchure dont il ne se préoccupa nullement. Huit jours après, il sentit une légère douleur dans l'aisselle gauche, à son réveil le matin. Le soir, violent mal de tête, pas de frissons. Prend le lit. Le 29, état général grave ; entre à l'hôpital le 30.

On constate au poignet gauche une écorchure recouverte d'une croûte. Rien à l'avant-bras ni au bras. Rien du côté des ganglions épitrochléens. Douleur dans l'aisselle gauche. Les ganglions ne sont pas pris, mais on voit une plaque rouge, grande comme la moitié de la paume, et tout autour un peu de tuméfaction. Le mouvement du bras, surtout l'abducteur, sont presque impossibles. Etat général mauvais, réponses peu nettes. Prostration, céphalalgie, langue très sale, un peu de diarrhée. Température : 39°6.

Le 31, l'empâtement envahit le thorax. La plaque rouge à tout à fait disparu.

Le creux axillaire est libre ; pas de ganglions, mais au niveau du grand pectoral, douleur intense exagérée par la pression ; le bord du muscle est augmenté de volume, très épais, dur, ligneux.

L'état général est des plus graves ; le malade est très abattu, couvert de sueurs, il a des fuliginosités noires et épaisses sur les lèvres, la langue et les gencives. T. : matin, 40° ; soir, 40°4. (Sulfate de quinine, potion de Todd, quinquina).

2 novembre, Délire toute la nuit. Œdème sans fluctuation de la région précordiale, sans modification de couleur de la peau. Le bord du muscle est toujours très dur. Même état général. T. : M., 39°4 ; S., 40°4.

Le 3. Agitation, délire. Fuliginosités. Pas de fluctuations. T. : M., 39°4 ; S., 39°4.

Le 5. Amélioration légère dans l'état général. Le bord du muscle est toujours très épais. A la base des deux poumons râles fins de congestion. T. : 37°8-40°.

Le 6. Amélioration persistante. A la partie inférieure du grand pectoral, près du sternum, apparaît un point rouge, douloureux à la pression. T. : 38°-39°4.

Le 7. Souffle intense à la base du poumon droit. Bronchophonie. Rien dans les crachats. Le point douloureux a pris une teinte ecchymotique ; on perçoit nettement la fluctuation. Incision, drainage ; issue d'une grande quantité de pus mêlé de sang. T. : 37°4-39°2.

Le 8. La fièvre tombe : 38°-37°2.

Le 9. L'amélioration continue après l'ouverture de l'abcès. Convalescence longue. On entend encore un souffle à la base droite.

Le 8 décembre. Malade revu. Le bord du grand pectoral a retrouvé en partie sa souplesse, mais il semble avoir beaucoup perdu de son épaisseur.

OBSERVATION X

Inflammation suppurée du muscle iliaque. Symptômes d'état typhoïde avec ataxo-adynamie. Mort (RAUZIER)

Le nommé A..., âgé de 23 ans, sapeur du génie, est apporté, le 5 mai 1887, dans le service de M. le professeur COMBAL, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Il est en proie à un violent délire et ne peut fournir aucun renseignement sur ses antécédents.

On sait seulement qu'il était entré, huit jours avant, à la clinique chirurgicale, pour des hémorroïdes anciennes dont il désirait faire pratiquer l'ablation ; mais aucune intervention opératoire n'avait encore eu lieu.

Deux ou trois jours après son entrée dans le service chirurgical, il se plaignit de frissons et d'abattement, fut pris d'une fièvre qui augmenta progressivement et d'accidents nerveux d'intensité croissante. Le syndrome clinique étant celui d'une fièvre typhoïde, le malade fut dirigé vers le service médical.

Le soir de son entrée, température 40°4.

Le 6 au matin, la température est de 39°1 ; le malade a été agité toute la nuit ; il s'est levé dans son délire et a parcouru la salle plusieurs fois en courant.

Il présente de la jactation, des soubresauts des tendons, du tremblement des lèvres ; sa voix est brève, saccadée, tremblante.

L'examen physique révèle l'intégrité absolue des organes thoraciques : la respiration est normale, il n'existe pas de bruits anormaux du cœur ; le pouls est plein et fréquent, la langue rouge et sèche. L'abdomen est ballonné et distendu par les gaz ; pas de taches rosées à sa surface.

Au niveau de la hanche gauche et de la partie supérieure de la cuisse, du même côté, on constate une certaine tuméfaction accompagnée d'empâtement ; les mouvements provoqués du membre inférieur paraissent douloureux. Toutefois, le membre est dans l'extension et ne présente pas cette flexion avec abduction, qui est habituelle dans les cas de la phlegmasie de la hanche, ou dans certaines inflammations des organes abdominaux. Une circulation veineuse exagérée s'observe du même côté sur la paroi abdominale. Enfin, il existe, sur les membres inférieurs, des cicatrices d'ecthyma.

M. COMBAL prescrit une potion au rhum et des applications de pommades mercurielles au niveau de la hanche gauche.

Le soir, la température 40°9 ; 138 pulsations.

Le 7 au matin. T. : 40°2 ; le pouls est à 140 ; il y a 88 respirations ; le malade s'est agité et a déliré toute la nuit.

A la visite, on le trouve en proie à une vive excitation, les yeux hagards, délirant ; on ne peut, en attirant fortement son attention, obtenir que des réponses vagues et incohérentes.

Malgré l'intensité du délire, les mouvements provoqués du membre inférieur gauche sont très douloureux. L'empâtement et la tuméfaction de la région trachantérienne ont augmenté et ont envahi tout le tiers supérieur de la cuisse

dans sa partie externe. Cette région est rouge, chaude, douloureuse ; à la pression, on détermine la formation d'un godet d'œdème.

La circulation complémentaire abdominale du côté gauche est plus développée encore que la veille ; il existe sur la paroi abdominale une grosse veine à peu près verticalement ascendante. La langue est sèche et racornie, le malade a de la diarrhée, il urine et va du corps sans s'en apercevoir. Le cœur continue à être indemne ; les poumons présentent un peu de sous-crépitation aux bases.

M. COMBAL fait pratiquer une injection de 1 gramme de sulfate de quinine et fait alterner un julep à l'acide salicylique, avec la potion alcoolique. Il prie en outre M. le professeur DUBREUIL d'examiner le malade au point de vue d'une intervention chirurgicale possible.

M. DUBREUIL pratique une incision exploratrice au niveau du grand trochanter, en un point de la tuméfaction œdémateuse, où il existe une fluctuation assez nette. Il introduit dans l'ouverture un doigt rendu préalablement aseptique, explore avec soin, en s'aidant de la sonde cannelée, les tissus de la région tuméfiée, porte ses investigations, surtout en arrière du grand trochanter, où l'empâtement atteint son maximum, et n'arrive pas à constater la présence de pus.

L'exploration terminée, la petite plaie est bourrée de gaze iodoformée, et un pansement antiseptique est appliqué.

Le soir, température : 40°.

Le 8, température du matin : 40°9. La respiration est très fréquente, les yeux sont convulsés en haut ; le délire n'a pas cessé et il est impossible d'éveiller l'attention du malade.

La déglutition est des plus difficiles et on est obligé d'avoir recours aux lavements alimentaires.

Le malade meurt à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie. — Une autopsie partielle peut seule être pratiquée.

Une incision est faite sur la ligne médiane de l'abdomen ; l'ouverture donne issue à de nombreuses anses d'intestin

distendu par du gaz ; la distention gazeuse porte surtout sur le gros intestin. L'intestin renferme un liquide noirâtre en grande abondance. L'intestin grêle ne présente aucune altération ; le gros intestin est hyperémié au niveau de l'S iliaque, mais, il s'agit là simplement d'une inflammation de voisinage. Dans les portions où le ballonnement gazeux atteint son maximum, on trouve au-dessous de la muqueuse, de petites tumeurs gazeuses et crépitantes ; les gaz sous-jacents à la muqueuse peuvent être déplacés par une pression directe modérée, ou évacués par un écrasement brusque des petites cavités qui les renferment.

La rate est volumineuse, verdâtre et friable. Les reins sont volumineux, mais ne présentent pas trace d'inflammation.

L'excavation ne présente rien d'anormal à un examen superficiel ; mais, si l'on compare les saillies et dépressions des deux côtés, on constate la disparition à gauche de la dépression normalement contiguë à la saillie formée par le bord externe du psoas. Le bord externe du psoas se continue sans ligne de démarcation, avec une tumeur molle, et fluctuante, dont l'incision donne issue à l'écoulement d'un pus épais et rosé, abondant, type du pus musculaire. Le doigt introduit dans l'incision sent nettement toute la surface interne de l'os iliaque dénudé. Le muscle iliaque est détruit en totalité ; le psoas est intact. Le pus descend jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, en traversant l'échancrure de l'os coxal, destinée au passage du muscle psoas-iliaque. Pour atteindre la cavité de l'abcès en partant du point où M. Dubreuil avait rationnellement pratiqué son incision, il faut porter le doigt, non pas en arrière au niveau de la partie postérieure du grand trochanter (siège de la tuméfaction maxima chez le vivant), mais, au contraire, en avant et sur le milieu de l'espace séparant l'épine iliaque antéro-supérieure de l'angle du pubis.

L'hypothèse d'une pyohémie se trouvait justifiée à la fois par les symptômes généraux et les symptômes locaux. Sans insister sur les premiers, on peut dire que, la présence d'un

œdème localisé au niveau de la hanche gauche et accompagné de douleur, l'existence d'une circulation veineuse supplémentaire du même côté de l'abdomen, étaient des arguments sérieux en faveur d'une collection purulente siégeant, soit dans l'articulation coxo-fémorale ou ses abords, soit dans la partie gauche du bassin.

FORME METASTATIQUE

OBSERVATION I (LORENZ)

Endocardite ulcéreuse avec abcès musculaires métastatiques

Maximilien..., 18 ans, entre à l'hôpital François-Joseph, le 30 décembre 1896.

Anamnèse. — La mère du malade nous dit que son fils n'a jamais eu de maladies, à l'exception de quelques céphalées. Avant la fête de Noël, il eut un gonflement de l'épaule droite, qui disparut après application de compresses froides. Le 24 décembre, il sentit une douleur soudaine, après un mouvement brusque, dans le flanc gauche. Le lendemain, le mal s'accrut avec apparition de fièvre et de frissons. Le malade est prostré, inconscient. Les jours suivants, les symptômes sont plus marqués. Pas d'appétit. Selles diarrhéiques.

Etat actuel 31 décembre. — Jeune homme assez bien constitué, mais musculature peu développée et sans pannicule adipeux. La fièvre atteint 39°8 avec prostration. Herpès labial, Pouls à 120, régulier. T. A. basse. Respiration 36. La langue est normale. Matité cardiaque non augmentée. La pointe bat normalement au 5^e espace intercostal. Au-dessus de la pointe, souffle systolique et accentuation du deuxième bruit. La rate est grosse. Système nerveux normal. Tous les mouvements sont possibles, mais avec lenteur. Le réflexe patellaire manque.

Le flanc gauche est très sensible au toucher. La jambe gauche est en abduction, le bassin est raide. L'épaule droite est douloureuse, mais il n'y a pas de changement de coloration de la peau. Pas de blessures extérieures.

Le malade avale difficilement et vomit tout ce qu'il mange. Il urine et rend ses matières dans le lit.

L'urine contient de l'albumine, pas de cylindre.

Légère leucocytose dans le sang.

L'hémoculture fait déceler le *Streptocoque*.

Le 1^{er} janvier, le malade meurt.

Autopsie. — Endocardite ulcéreuse. Abscès métastatiques multiples du myocarde et des muscles de la périphérie. Péricardite fibreuse purulente. Pleurésie purulente droite.

OBSERVATION II (LORENZ)

(*Forme métastatique*)

Pyohémie chronique avec abcès musculaires multiples

Wenzel K..., 68 ans, cocher, a eu, il y a deux ans, une cystite, et subit un cathétérisme pendant six semaines.

Le 4 octobre 1895, rétention d'urine.

Le 7, il vient consulter à l'hôpital.

Le malade éatit fort, mais il dit avoir beaucoup maigri et se sent très fatigué.

A l'examen. — Prostate hypertrophiée. Urine sanguinolente. Cœur et langue normaux.

Le 15 octobre. Brusquement, et sans cause, écoulement de pus par l'urètre, sang coagulé dans l'urine.

Le malade fut cathétérisé régulièrement.

Le 15 novembre. Frissons. Hyperthermie jusqu'à 40°1.

Dans la partie externe de l'avant-bras gauche, une tuméfaction très douloureuse, de la grosseur d'un œuf.

Le 22 novembre. Toute la musculature de l'avant-bras gauche est douloureuse. Apparition d'une fluctuation à la partie interne. Gonflement et rougeur du bras et de l'articulation.

Le 24 novembre. Les muscles sont moins gonflés et moins

douloureux. Mais on remarque une nouvelle infiltration à la partie interne du bras. Fluctuation.

Le 29 novembre. L'abcès n'a pas changé. Urine rare, dense, contenant de la nucléo-albumine et quelques cylindres granuleux.

Le 2 décembre. Abscès périarticulaire. Mort.

Autopsie. — Multiples abcès musculaires et articulaires. Cicatrice d'un abcès urétral. Hypertrophie prostatique par suite d'une hypertrophie vésicale. Pyélonéphrite chronique. Pyohémie.

La culture du pus urétral a décélé le streptocoque.

OBSERVATION III

Pyohémie avec abcès musculaires métastatiques

Franceska..., 24 ans, tombe malade le 5 mai 1895, avec frissons et symptômes généraux graves.

Le 11 mai, jour de son entrée à l'hôpital, la malade est inconsciente. Hyperthermie. Dans la partie inférieure du bras droit, la peau est le siège d'une infiltration diffuse, très sensible au toucher elle est rouge et chaude. Deux tuméfactions aussi grosses qu'un pois avec peau infiltrée à l'avant-bras.

Au cœur, bruit de galop avec un long souffle systolique à la pointe. Rate hypertrophiée. Hémorragies utérines. Urine contenant cylindres hyalins et albumine.

Le 12 mai, le triceps brachial est dur et douloureux au toucher.

Le 13 mai, l'infiltration du triceps s'est résorbée et c'est à peine si on peut la sentir au palper. Pas de phénomènes articulaires. Pas d'exanthème. La malade succombe le soir.

Par l'hémoculture on met en évidence le streptocoque.

Autopsie. — Endométrie. Endocardite récente. Abscès nombreux du myocarde et des muscles de l'économie. Néphrite aiguë. Pyohémie.

OBSERVATION IV

(de FRUAKEL)

Otite moyenne chronique avec myosites métastatiques

Mme Schulz, 32 ans, vient consulter, car depuis septembre 1891, elle souffre d'un écoulement purulent de l'oreille gauche.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Trois accouchements.

Le 10 mars 1892, elle éprouve des douleurs lancinantes dans les articulations et principalement dans les muscles des avant-bras. Elle ressentait en même temps des douleurs pareilles dans l'oreille gauche et c'est pour cela qu'elle s'est fait admettre.

Etat actuel. — T. 39°5. Pouls 120. Femme très bien constituée, se plaignant de douleurs dans les bras et les os. Au pied gauche et principalement à la malléole externe, rougeur et gonflement qui s'étendaient jusqu'au tiers inférieur de la jambe. La peau est infiltrée et brûlante. Les articulations sont libres. Les régions au-dessus sont douloureuses jusqu'au genou. Rien au membre inférieur droit. Le gonflement s'étend sur la surface interne du tibia aussi bien que sur la partie externe de la jambe. La pression est douloureuse. Les reflexes achilléens et patellaires sont normaux. Dans le membre droit, dans l'articulation du poignet et de la face dorsale de l'avant-bras, on rencontre des régions circonscrites rouges et surélevées dont la peau est infiltrée et douloureuse à la pression. Les articulations sont libres.

La région interne de l'avant-bras gauche est légèrement rouge et douloureuse. Les ganglions cervicaux et inguinaux sont hypertrophiés. Le visage est vultueux, les muqueuses très congestionnées. Les lèvres sont sèches, la langue humide et saburrale, la muqueuse laryngée, rouge, mais non œdématisée.

Dans l'oreille gauche le tic-tac d'une montre n'est pas perçu, la voix chuchotée n'est entendue que de très près

et la voix basse à 1 mètre de distance. Oreille droite normale. Pouls légèrement tendu. Poumons normaux. Rate hypertrophiée. Urine foncée et très albumineuse.

À l'examen otoscopique de l'oreille gauche, on voit que le conduit interne est rétréci, montre une tuméfaction douloureuse. Tympan perforé.

Le 15 mars. Pas de sommeil malgré l'injection de morphine. La patiente se plaint de douleurs dans les bras. T.: 39°2-39°7. Pouls à 120. Le pied gauche est plus fortement enflé, la partie externe est très rouge. Réseau veineux abondant. La partie inférieure de la jambe gauche est infiltrée. La cuisse est normale. Au membre inférieur droit l'articulation est libre, mais la jambe est rouge. Peau tendue et chaude.

Les deux avant-bras sont rouges sur toute leur face dorsale. Les parties molles sont infiltrées et très douloureuses à la pression. Les bras sont moins infiltrés. Les doigts sont en légère flexion. L'articulation scapulo-humérale est libre.

La sensibilité de la face dorsale des doigts est légèrement diminuée, la piqûre avec une épingle est sentie d'une façon imprécise.

Le système nerveux est normal. La langue est sèche et recouverte d'un enduit gris-sale. La respiration est accélérée à 36. T.: 39°2. Dans les urines : albumine et cylindres.

Dans l'après-midi, à 4 heures, subitement, on remarque une cyanose du visage. La malade se plaint de pesanteur à l'estomac. Collapsus. Pouls à 168. Refroidissement de la peau. Mort à 6 heures.

Le 16 mars. *Autopsie.*

Aux deux membres inférieurs, à partir de la rotule, infiltration diffuse de la peau et des parties sous-jacentes. Cette infiltration remonte jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. La peau est d'un jaune verdâtre ou violacée, les veines sont dilatées. Cette même infiltration se retrouve au membre supérieur. À l'incision de la peau, on voit que le derme et l'hypoderme, ainsi que les muscles nagent dans un liquide trouble et sale.

Rien dans les articulations.

Cœur et encéphale normaux. Hémorragies dans l'épicaarde. Valvules intactes. Rate augmentée. Tube digestif sain. Les muscles atteints par le processus infectieux montrent une teinte et une consistance spéciale. Les fléchisseurs et extenseurs des membres montraient une coloration pâle avec une consistance succulente.

A l'examen microscopique, un fragment de muscle examiné montre des chaînettes de streptocoques. Les fibres musculaires sont distendues. Dégénérescence vitreuse.

OBSERVATION V

D'un cas spécial de polymyosites suppurées

(Résumé de l'Observation de NEUMANN)

Erick Krugger, fils unique, âgé de 9 ans, n'a jamais été malade. Hérité non chargée. Il s'est plaint, le 16 février, de maux de tête et a eu un peu de fièvre qui ne l'a pas empêché de faire un voyage jusqu'à Berlin, sans incidents. Dans la nuit du 19 février, la maladie prit une telle acuité, se déclanchant avec frissons, agitations et hyperthermie, que je fus appelé.

Je vis le malade le 19 février, à midi. Temp. : 37°9. Pouls à 120. Visage vultueux, regard voilé. Respiration superficielle et accélérée. Le malade ne se plaint de rien.

L'examen de la gorge montre des membranes d'un blanc grisâtre sur les deux amygdales avec un œdème autour. Pharynx très rouge. Peau humide. Pas d'exanthème. Les autres viscères sont normaux. Pas d'albumine.

Diagnostic posé : Diphtérie.

Le 20 février. Temp. 39°3. Etat stationnaire.

Le 21 février. Temp. 38°1. Moins de fausses membranes.

Le 22 février. Temp. 37°7. Pas de fausses membranes.

Je considérais le diagnostic de diphtérie comme erroné et, à cause de l'hyperthermie continue, je soupçonnai la

rougeole à cause de l'épidémie qui sévissait à ce moment-là à Postdam.

Le 24 février. Apparition d'une conjonctivite, symptômes bronchitiques et exanthème sur la face, signes qui militaient en faveur de la rougeole.

A cause de l'hyperthermie, je pensais à une rougeole grave. Régression du catarrhe occulo-nasal et de la bronchite. Fièvre à 40°, tenace, non influencée par la phénacétine.

Quelques jours plus tard, douleur à l'oreille gauche.

L'examen otoscopique ne révéla rien d'anormal.

Le 3 mars. Apparition d'un œdème sur les paupières gauches, qui regressa le lendemain.

Le 5 mars. Mon collègue, le Dr HERTZFELD, crut à une suppuration interne à cause de l'œdème de l'oreille et de l'œil gauche et conseilla la paracenthèse. Celle-ci ne donna par drainage que de la sérosité blanche.

Le 6 mars. Nouvelle intervention. Dans le cavum on trouva des granulations qu'on incrimina d'être la cause de l'écoulement et de l'œdème. Sinus intact. Cerveau libre.

Après l'opération, sédation des douleurs, mais persistance de la fièvre. Le malade se plaint de son dos et de ses fesses. L'examen du corps ne révéla rien. Quelques jours après, apparition dans cette région, de pemphigus de la grosseur d'un haricot. De plus petites apparurent sur la poitrine. Plaques rougeâtres sur le visage. Transpirations. Appétit conservé.

Le 8 mars. Pansement. Plaie à bon aspect. Ecoulement de sérosité fluide. Temp., 36°7. Le soir, 40°, avec urines fortement albumineuses.

Le 10 mars. Pas d'albumine. Gonflement et douleur dans l'articulation du pied gauche. Peau œdématiée. Fièvre non continue mais rémittente. Le matin, Tempér. M. : 37°2 et 37°5. A midi, 38°3 et 38°5. Le soir 38°5. Sueurs profuses. Symptômes bronchitiques. Urines normales.

Le 15 mars. Fièvre à 40°9. Douleurs dans le bras gauche. Pas de tuméfaction. Œdème de la peau qui couvre les fes-

siers. Les muscles du membre inférieur gauche sont douloureux à la pression. Injection d'acide phénique sans résultat. La bronchite rétrocede avec les calmants de la toux.

Le 27 mars. Fluctuation au niveau du sacrum. La peau au-dessus est mate. Incision et débridement jusqu'à l'os. Ecoulement d'un pus verdâtre. La douleur et la tuméfaction disparaissent. Bon aspect de la plaie auriculaire, mais disparition de l'audition. Même sensibilité des muscles des membres. Douleurs dans la gorge.

Le 30 mars. Ponction négative de la tuméfaction malléolaire. Rien à la gorge.

8 avril. La peau n'est pas rouge, sans œdème. La sensation de fluctuation est peu nette.

10 avril. Longue et profonde incision des muscles de la cuisse qui fait voir un abcès d'où s'écoule un pus verdâtre. L'articulation est libre. Les muscles sont décollés de l'os. Prescription : lysol à l'intérieur, 15 gouttes par jour. T. : 37°5-38°3.

12 avril. Douleur moindre à la hanche, écoulement presque tari. L'audition est meilleure. T. : 36°7-37°7.

13 avril. Le gonflement du bras s'est résorbé. La musculature de la cuisse et du bras gauches est douloureuse à la pression, ainsi que l'os. Légère sensibilité à droite. Pas de transpiration. Température normale. Bon appétit.

Le 20 avril. Faibles poussées thermiques le soir. Fièvre oscillante entre 36°4 et 37°4. Pulsations cardiaques régulières et moins fréquentes à 100. Ecoulement mastoïdien. Genou gauche dégonflé et peu sensible.

23 avril. Cicatrisation de la plaie de la hanche. Le malade ne peut encore s'asseoir et prendre une position arquée sans le concours d'un aide.

27 avril. Le malade se plaint de son oreille droite. La pression sur le tragus est douloureuse. L'otoscopie montre un gonflement de la paroi antérieure. Eréthisme cardiaque. T. : M., 36°5; S., 37°5.

29 avril. — Il est procédé à un examen général du malade.

On trouve:

Pâleur de la peau et des muqueuses. La poitrine est bombée, élargie. Pas d'amaigrissement. Organes internes sains. Rate sensible, non hypertrophiée. L'audition est satisfaisante.

La musculature du bras gauche est sensible à la pression, les articulations sont libres. A droite, sensibilité moindre. La hanche gauche est indolore. Les muscles de la cuisse gauche sont sensibles à la pression sur toute leur longueur. Les genoux ne sont ni gonflés, ni douloureux. L'articulation du pied gauche est plus épaisse qu'à droite. La mobilité y est très aisée. Le dos du pied n'est pas gonflé. L'état général est satisfaisant. Le malade mange et dort bien. Par contre, sueurs profuses, pouls fréquent. T. : M., 36°7 ; T : S., 28°2.

1^{er} mai. Le malade peut, pour la première fois, lever sa jambe gauche sans l'aide de ses mains. Quelques muscles sont encore douloureux. La sensibilité du membre inférieur gauche a disparu. L'écoulement cesse de l'oreille gauche, mais continue à droite.

5 mai. Apyrexie complète. La musculature du bras gauche n'est plus sensible.

9 mai. La fièvre remonte. Midi, 38°1. Soir, 39°6. L'articulation de la hanche gauche est très douloureuse à la pression. La sensibilité s'étend jusqu'aux muscles du triangle de Scarpa.

Le 11 mai. Pour éviter toute complication ultérieure, on met au patient un bandage d'extension. La fièvre baisse.

15 mai. Apyrexie. Pouls fréquent à 120.

Le 1^{er} juin. Le malade est tout à fait guéri, à part un léger catarrhe de l'oreille moyenne gauche.

OBSERVATION VI (DE MYAKE)

Myosites à staphylocoque ¹

Kida, 24 ans, matelot. Myosite du muscle biceps fémoral droit. Etiologie : Furoncle.

Il y a trois jours, frissons et température. Le jour suivant, gonflement douloureux intensif à la partie postérieure de la cuisse. Les mouvements sont très difficiles.

Le 23 mars 1901. Temp. à midi, 38° Pouls à 82. A la partie postéro-supérieure de la cuisse on remarque une infiltration diffuse. La peau est normale. Dans la profondeur du muscle biceps fémoral, on peut palper une tumeur dure, Pas de possibilité d'extension de la jambe sur la cuisse.

Le 4 avril. Incision de l'abcès et drainage. Prompte guérison après une semaine.

OBSERVATION VII (DE MYAKE)

Noguchi, 19 ans, paysan. Myosite du quadriceps fémoral.

Anamnèse. Il y a 25 jours, apparition chez le malade, à la partie antérieure de la cuisse droite, d'un gonflement douloureux, avec frissons soudains et fièvre. Impossibilité de la marche.

Etat actuel. — Jeune homme amaigri et anémique. Temp. à midi 38°7. Pouls à 120.

La partie tuméfiée de la cuisse est apparemment fluctuante. Le membre malade est fléchi sur le bassin et est en légère abduction.

Par l'incision, nous constatons l'emplacement exact de l'abcès du muscle quadriceps fémoral. Beaucoup de pus. Drainage. Après quelques jours, guérison.

CONCLUSIONS

Dans le grand groupe des myosites infectieuses, les myosites streptococciques méritent une place à part, à cause de leurs évolution clinique très particulière.

La forme la plus caractéristique est représentée par une variété à laquelle convient le nom de « forme suraiguë streptococcique ». Toutes les observations en sont calquées les unes sur les autres.

Elle est caractérisée par un début brutal, un état général extrêmement grave, d'emblée, une évolution rapidement et fatalement mortelle. La seule détermination clinique de la septicémie est la myosite, frappant un ou plusieurs muscles des membres et s'y traduit par un gonflement volumineux mais variable, des phénomènes phlegmasiques dont le muscle est le siège, et de la douleur anatomiquement, le muscle est infiltré d'une sérosité où fourmille le streptocoque ; les lésions histologiques sont celles de la myosite dégénérative.

A côté de cette forme, s'observent des myosites qui sont absolument comme des épiphénomènes au cours d'infections streptococciques nettement définies, comme l'érysipèle, la fièvre puerpérale, l'endocardite ulcéro-végétante et la maladie d'Osler.

Enfin, il existerait d'après de récents travaux, des formes frustes, curables, neuro-myosiques où l'infection du muscle relèverait d'un streptocoque myogène particulier. Des recherches ultérieures montreront ou non, la légitimité de cette dernière variété.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*
C. LEMIERRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI et WORMS. — *La Myosite suraiguë streptococcémique*. Bull. soc. Méd. des Hôp., Paris, Mars 1930.
- ABRAMS. — *Inflammation of the muscles with special reference to 2 cases of infective myositis*. Lancet, 12 novembre 1904 p. 1341.
- BRUNON. — Thèse de Paris, 1887.
- FOUCAULT. — *Myosite suppurée suraiguë*. Bull. Soc. Anat. 1869 page 506.
- FOUCART. — Thèse de Paris 1907.
- FRANKEL. — Deutsche med. Wochensche 1894, p. 194, 227, 245.
- GUYOT. — *Myosite suppurée suraiguë*. Bull. et Mém. de la soc. Méd. des Hôp., 1883, p. 912.
- HOLN. — *Beiträge zur Kenntniss der Myositis infectiosa*. Acta choing. Scandinava T. L. V. II., 1924-25, p. 425 obs 6.
- KORMÖCZI. — *Durch Streptokokken infection verursachte Polymyositis*. Zentralbt, f. Bakter, 1902, T. XXXI, page 688.
- LARGER. — Thèse de Paris, 1891.

- LORENZ. — *Die Muskelerkrankungen*. T XI du *Traité de Nothnagel*, 1904.
- LEURY. — *Strep infektion mit Rücksicht auf neuralgia, neuritis und neuro-myositis*. Zeitscher, f. die. ges. Neurol. u. Psych. t. CVI, 1926, p. 198.
- MYAKE. — *Beitr Kenntries der sog Myositis infectiosa*. Grenzgebiet der Med. u. chir. t. XIII, 100 II.
- NEUMANN. — *Ibid*, 1895, p. 385.
- NICAISE. — *De la myosite infectieuse*. Rev. mens. de Méd. et Chir. 1877, p. 31.
- PEROT. — *Considération sur la Polymyosite aiguë*. Thèse de Paris, 1926.
- RAUZIER. — *Inflammation suppurée du muscle iliaque. Symptômes d'état typhoïde*. Mort. Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, 1887, p. 386.
- ROSENOW. — *Elective localisation of streptococcus from a case of pulpitis, dental neuritis and myositis*. Journ. of Immunology t. 1., 1916, p. 363.
- ROSENOW et ASHBY. — *Focal inf and elective localisation in the etiology of myositis*. Arch. of intern. Med. T. 28, 1921, p. 274.
- SCHMUTZ. — *Les foyers périapexiens*. Thèse de Strasbourg, 1923.
- SCRIBA. — *Deut Zeitschrift of Chirug*, 1885.

